



Verso la stagione delle "Competenze" ...



visita il sito
www.vicenzaipasvi.it

EDITORIALE

**Spending review:
realtà o fantasia?**

A PAG. 3

FORMAZIONE

**Nurse Case
Manager
in Cure Primarie
Avanzate**

A PAG. 4

AGGIORNAMENTO

**I corsi ECM
per il secondo
semestre 2012**

A PAG. 6

APPROFONDIMENTO

**Bisogni di salute
in aumento,
riduzione della
spesa sanitaria**

A PAG. 10

VITA ASSOCIATIVA

**12 Maggio 2012
Giornata
internazionale
dell'infermiere**

A PAG. 18

Infermierinformati

ISSN 1721-2456
Quadrimestrale, anno XIII – numero 2

Direttore responsabile
Fanchin Gianmaria

Redazione
Storti Matteo, Dal Degan Sonia, Pegoraro Federico
c/o Collegio IPASVI di Vicenza

Responsabile editoriale
Collegio IPASVI di Vicenza
Viale Trieste 29/c – 36100 Vicenza
Tel./Fax 0444 303313
E-mail vicenzaipasvi@vicenzaipasvi.it

Progetto grafico
ErgonProject – Vicenza
www.ergonproject.it

Stampa
Grafiche Simonato Snc - Fara Vic.no (VI)

Diritti
Tutti i diritti sono riservati. È vietata la riproduzione,
anche parziale, senza l'autorizzazione dell'Editore.

Foto:
Archivio Ipasvi Vicenza

**Norme editoriali
per le proposte di pubblicazione**

Verranno presi in considerazione solo lavori originali (non pubblicati in precedenza) il cui contenuto sia di chiaro interesse professionale-scientifico infermieristico.

La pubblicazione del materiale è subordinata al giudizio insindacabile della Redazione, la quale si riserva facoltà di apportare piccole modifiche nel contenuto e/o nella forma, comunque in accordo con gli autori.

Ogni articolo esprime l'idea degli autori, i quali si assumono la piena responsabilità di quanto scritto.

Note tecniche: il materiale dovrà pervenire in formato elettronico (word o rtf) via e-mail o su floppy disk, completo di eventuali tabelle o immagini allegate (segnare nel testo, tra parentesi quadre e in grassetto, il punto di inserzione di ogni allegato).

Ogni pagina dovrà essere numerata e nella prima dovrà comparire:

- titolo dell'articolo;
- autori (nomi completi e qualifiche professionali);
- data di completamento del lavoro;
- recapiti per eventuali contatti (telefono, fax, e-mail).

La bibliografia va inserita nell'ultima pagina rispettando i seguenti criteri:

- per le riviste: cognome e nomi degli autori, titolo dell'articolo, nome della rivista, numero e anno di pubblicazione;
- per i libri: cognome e nome degli autori, titolo del libro, casa editrice, anno di pubblicazione;
- per gli atti: titolo dell'evento, città, data.

Quando il lavoro coinvolge, a vario titolo, l'Istituzione di appartenenza degli autori o soggetti diversi dagli autori, è necessario allegare una liberatoria scritta dei relativi responsabili.

Il materiale inviato non verrà restituito in alcun caso.

Collegio IPASVI di Vicenza - Viale Trieste 29/C - 36100 Vicenza - Tel./Fax 0444 303313 - www.vicenzaipasvi.it - Periodico quadrimestrale
Spedizione in abbonamento postale – D.L. 353/2003 (conv. in L. 27/02/2004 n.46), art.1, comma 2 – DCB Vicenza – Reg. Trib. Vicenza n.997 del 03/04/01

Infermierinformati SOMMARIO

SPENDING REVIEW: REALTÀ O FANTASIA?	3	ANALISI E PREVENZIONE DEL RISCHIO NELLE MORTE POST PARTUM (EPP)	11
“NURSE CASE MANAGER IN CURE PRIMARIE AVANZATE”	4	ORGANIZZAZIONE MODULARE DELL'ASSISTENZA INFERMIERISTICA OSPEDALIERA: L'ESPERIENZA DELL'AZIENDA ULSS 5 “OVEST VICENTINO”	14
I CORSI ECM E GLI EVENTI FORMATIVI DEL SECONDO SEMESTRE 2012	6	ANGOLO GIURIDICO: LA CONTENZIONE FISICA	16
AL VIA IL 4° CONCORSO “A SPASSO CON... TESI” 2009-2012	8	ANGOLO GIURIDICO: TERAPIA POST OPERATORIA	17
FRESCO DI ...LETTURA	9	12 MAGGIO 2012 GIORNATA INTERNAZIONALE DELL'INFERMIERE	18
BISOGNI DI SALUTE IN AUMENTO, RIDUZIONE DELLA SPESA SANITARIA E TAGLIO DI POSTI LETTO: UN MIX ESPLOSIVO	10	PIANO SANITARIO VENETO: PER INFERMIERI SALTO DI QUALITÀ AI LIVELLI EUROPEI	23

Spending review: realità o fantasia?

Cari colleghi

le ultime settimane sono state caratterizzate da un incalzante crescendo di dibattiti legati alla cosiddetta operazione di *spending review*, voluta fortemente dal Governo Monti in un'ottica di revisione della spesa pubblica, che si pone l'ambizioso obiettivo di consentire un risparmio di 4,2 miliardi di euro al 31/12/2012, attraverso il taglio cosiddetto "lineare" ad uffici, risorse, servizi e personale della Pubblica Amministrazione.

Da questa premessa poco allettante, ritengo utile riportare alcune considerazioni frutto di riflessioni che hanno per orizzonte la nostra Sanità, che risulta come è doveroso asserire, la meno costosa rispetto alla media degli altri paesi europei.

In sintesi, il processo di revisione della spesa potrebbe imboccare due vie: la prima è quella di smantellare il SSN, mentre la seconda porterebbe al suo rafforzamento.

Rispetto alla prima, è chiaro ed evidente che la realtà Nazionale si distacca dalle realtà Regionali ma è anche vero che le politiche regionali, a partire dal 2005, hanno indirizzato il loro impegno nell'obiettivo di contenere i costi, ripianando i deficit e adottando in alcuni casi la figura del Commissario per amministrare le Aziende Sanitarie.

La *spending review* è stata pensata/progettata in modo tale da imporre gli stessi interventi in modo indistinto a tutte le Regioni, senza considerare e distinguere quelle virtuose da quelle meno virtuose, penalizzando le prime e favorendo le seconde, con il rischio di vanificare i risultati raggiunti finora; al centro della *spending review* troviamo la diminuzione della spesa farmaceutica ottimizzando l'acquisto di beni e servizi, il taglio al personale, il taglio dei posti letto, l'introduzione dei nuovi ticket il tutto per razionalizzare e riorganizzare le reti di erogazione delle prestazioni assistenziali. Un calderone che andrà ad implodere.

Duri sono i commenti da parte dei

cittadini che si pongono alcuni interrogativi e risultano preoccupati per l'andamento più prossimo; qualche associazione a difesa dei loro diritti ha persino lanciato l'allarme rispetto al compromesso diritto costituzionale alla salute ed all'assistenza.

Forse la via corretta potrebbe essere la seconda indicata precedentemente, proponendo una *spending review* finalizzata a rinforzare e mantenere l'assistenza sanitaria in questo periodo di crisi economica, come in passato già sperimentato in altri contesti anche internazionali per difendere i bisogni fondamentali della popolazione e facilitare la fiducia collettiva e la coesione sociale.



Non si tratta quindi né di spendere meno né di spendere meglio, ma di riconfermare la visione del diritto alla salute come bene soggettivo da garantire; la stessa Corte di Cassazione, che boccia le "logiche mercantili", ha sentenziato che il tornaconto economico non deve predominare sulla Salute Pubblica (sentenza 8254/11). Ma come collegare le precedenti riflessioni con il dibattito nazionale e regionale che coinvolge in prima linea la nostra professione?

I primi giorni del mese di luglio hanno visto la conclusione di un Tavolo di lavoro nazionale Ministero-Regioni che ha elaborato una bozza per la cosiddetta "Evoluzione delle competenze infermieristiche", documento molto

discusso anche a livello di rappresentanza professionale in quanto rievocava un periodo storico estremamente significativo per la professione infermieristica: la discussione sulla creazione del profilo professionale dell'infermiere già nel lontano 1993!

Il documento in questione mira ad identificare le competenze infermieristiche specialistiche in diversi ambiti clinici, come peraltro già previsto all'interno del profilo (anche se con altre declinazioni), rispetto ad un bisogno di riorganizzare un modello generale di erogazione di prestazioni assistenziali direttamente derivante dalla logica di contenimento della spesa, che viene ulteriormente aggravato da una crisi di risorse mediche destinata ad acuirsi sempre più, con effetto domino sugli infermieri in primis e poi sulle altre professioni sanitarie.

Oltre a questo livello nazionale, la posizione della Regione del Veneto – attraverso il Piano Socio Sanitario Regionale recentemente approvato – vede l'infermiere clinico specialista come il gestore dei processi assistenziali che si decentreranno verso il territorio.

Le opportunità operative che possono scaturire per la professione infermieristica da questi riferimenti sono "idealmente" estremamente positive, a patto che la logica di partenza si identifichi con quello che rimane l'obiettivo prioritario: garantire la soddisfazione dei bisogni assistenziali della popolazione attraverso interventi di qualità erogati da professionisti in possesso di formazione e competenze avanzate e condizionate, rispetto a tipologia e modalità, con l'organo di tutela della professione.

Se invece la logica di fondo porrà le sue basi esclusivamente sulla razionalizzazione e contenimento della spesa, con la messa in atto di processi di riorganizzazione dell'assistenza ancor oggi "oscuri", l'intero *Sistema Salute* subirà la sua più grande sconfitta, con l'inevitabile perdita di fiducia da parte del cittadino.

"Nurse Case Manager in Cure Primarie Avanzate" Una nuova opportunità per l'infermiere

L'invecchiamento della popolazione e la conseguente crescita del numero degli anziani fragili, i cambiamenti epidemiologici e la progressiva incidenza di malattie croniche stanno provocando un'esplosione dei bisogni di assistenza sanitaria e sociale.

Contestualmente, si stanno osservando profonde trasformazioni delle strutture famigliari che influenzeranno la loro capacità di assolvere a una preziosa funzione di presa in carico.

Le strutture ospedaliere, orientate a contenere il tasso di ospedalizzazione, sono finalizzate prioritariamente al trattamento dell'acuzia.

La struttura del Distretto, inoltre, viene individuata come la sede di erogazione, gestione e coordinamento operativo/organizzativo dell'assistenza territoriale, al fine di garantire una risposta coordinata e continuativa ai bisogni socio-sanitari della comunità.

Le patologie croniche sono una priorità per i servizi di cure primarie; le persone affette da malattie croniche e/o comorbidità richiedono un approccio continuativo e multidisciplinare affinché le cure siano efficaci.

Per garantire la continuità di presa in carico da parte delle strutture territoriali, la pianificazione strategica regionale sta puntando verso una nuova architettura "a rete" del sistema di offerta dei servizi ospedalieri e territoriali con una rete assistenziale territoriale che si avvale di strumenti quali l'attivazione di posti letto territoriali, programmi di dimissione protetta e assistita, programmi di ospedalizzazione domiciliare e team infermieristici di comunità che si recano a domicilio dei pazienti offrendo prestazioni di diversa intensità assistenziale.

L'attuale organizzazione territoriale e la complessità della gestione assistenziale mette in evidenza la necessità, da parte degli infermieri, di perfezio-



nare le competenze professionali per garantire al meglio la soddisfazione dei bisogni di assistenza dei pazienti seguiti nel contesto territoriale/domiciliare.

L'Azienda ULSS 6, in convenzione con l'Università degli Studi di Verona, propone per l'AA 2012/2013 l'attivazione del Master di 1° livello "CASE MANAGER IN CURE PRIMARIE AVANZATE" si propone di rispondere a questa esigenza, facendo propria l'indicazione del Piano Regionale Veneto, preparando dei professionisti in grado di assumere il ruolo di "nurse case manager", infermiere con competenze avanzate clinico-assistenziali e organizzativo-gestionali nell'ambito della gestione della cronicità, in grado di collaborare ad attivare piani di cura e gestire percorsi assistenziali complessi anche a domicilio.

Tale figura diviene strategica nei team multi professionali dedicati alle cure territoriali che prevedono un continuum, il quale include il passaggio del paziente dagli ambienti di cura al domicilio (e viceversa) e la presa in carico continuativa da parte delle cure primarie e dei nuclei di cure palliative.

Caratteristiche del Corso

Il Master prevede l'articolazione e la successione di attività quali: attività didattica, laboratori, lavori di gruppo, seminari, studio personale e stage articolati nell'arco di circa 14 mesi.

Comitato Scientifico:

Componente universitaria: Prof. Gabriele Romano (direttore), Prof. Nicola Smania, Prof.ssa Luisa Saiani; Prof. Gianluigi Cetto; Prof.ssa Paola Di Giulio;

Componente aziendale ULSS 6: Dott. Adriano Cracco; Dott.ssa Paola Costa; Dott. Giuseppe Iannaci; Dott. Renzo Grison; Dott.ssa Marisa Padovan; AFD Giovanna Carollo

Ore totali

1500 pari a 60 Crediti Formativi Universitari (CFU), consistenti in attività di didattica frontale, laboratori con discussione di casi, esercitazioni applicative, approfondimenti disciplinari, lavori di gruppo, seminari di approfondimento, testimonianze di esperti, stage, prova finale.

Periodo di svolgimento

Gennaio 2013 – Maggio 2014



Sede di svolgimento

Azienda ULSS 6 di Vicenza – Area Formazione e Aggiornamento del personale (Viale Rodolfi, 37 – 36100 Vicenza)

Posti disponibili

35 (10 riservati a dipendenti dell'Azienda ULSS 6)

Requisiti di ammissibilità

Il Master è aperto agli infermieri in possesso della Laurea o titolo equipollente, purché in possesso del Diploma di Maturità quinquennale.

Modalità di ammissione

L'accesso al Master è subordinato ad una prova di selezione volta alla valutazione del livello di preparazione professionale e attitudinali.

La scadenza delle presentazioni della domanda di iscrizione è il 7 settembre 2012.

Per l'ammissione al Master gli interessati dovranno presentare domanda, in conformità con quanto previsto nel bando, alla Direzione studenti – Area Post Lauream, Ufficio Master e Corsi di Perfezionamento, via Paradiso, 6 – 37129 Verona.

Il bando è disponibile nel sito internet www.univr.it.

Per iscriversi al Master o ad un singolo Corso di Perfezionamento è necessario leggere attentamente il bando di ammissione e la scheda informativa specifica del singolo corso e seguire le indicazioni presenti nel sito.

Articolazione della struttura del Corso

Modulo 1 Gestione assistenziale dei problemi socio – sanitari nelle cure primarie

Modulo 2 Gestione dei sintomi con approccio palliativo e cure di fine vita in ambito domiciliare

Modulo 3 Case Management nelle Cure Primarie

Obiettivi del Corso sono:

Conoscenze

- dell'organizzazione della rete dei servizi di cure primarie e di cure palliative
- dei principali sintomi e problemi delle patologie croniche
- dei trattamenti terapeutici (con eventi avversi) e delle strategie per il potenziamento della compliance
- degli approcci psicologici ed etici
- dei principi e metodi del case management

- della legislazione relativa a sostegni per la domiciliarità

Abilità

- nell'accertamento e valutazione multidimensionale dei bisogni individuali, familiari e della comunità
- di valutazione del contesto ambientale e sociale
- di vigilanza, monitoraggio delle situazioni cliniche, terapeutiche e sociali
- di gestione assistenziale e presa di decisioni nelle situazioni cliniche della cronicità

Competenze

- metodologiche di case management

per attivare piani di cura e gestire percorsi assistenziali complessi a domicilio

- favorire ai pazienti che lo desiderano cure a casa che assicurino la migliore qualità di vita possibile
- praticare un'assistenza basata sulle evidenze
- coordinare, in stretta collaborazione con il MMG, le cure territoriali
- gestire l'assistenza pianificando le modalità di trattamento e gli interventi
- condurre gruppi, fornire consulenza e attuare strategie per favorire ambienti di apprendimento



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI VERONA
FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA



AZIENDA U.L.S.S. n. 6 VICENZA
REGIONE VENETO

Master I livello

“CASE MANAGER IN CURE PRIMARIE AVANZATE”

1ª edizione – Anno Accademico 2012/2013

Il Master di 1° livello in “Case Manager in cure primarie avanzate” si propone di favorire l'acquisizione di competenze avanzate clinico assistenziali ed organizzativo gestionali per infermieri che svolgono o intendono svolgere il ruolo di “nurse case manager” nell'ambito della gestione della cronicità nel contesto domiciliare e di comunità.

Destinatari e requisiti di accesso
Il Master è rivolto agli infermieri in possesso della Laurea o titolo equipollente purché in possesso del Diploma di Maturità. Sono previsti **35 posti** con una riserva di 10 posti per il personale dipendente dell'ULSS n.6 di Vicenza.

Struttura del Corso
Il Master prevede l'articolazione e la successione di attività quali: attività didattica, laboratori, lavori di gruppo, seminari, studio personale e stage articolati in circa 16 mesi.
Il Corso è strutturato in 3 moduli formativi per un impegno didattico complessivo di 60 crediti formativi universitari (CFU) pari a 1500 ore.

Modulo 1: Gestione assistenziale dei problemi socio – sanitari nelle cure primarie
Modulo 2: Gestione dei sintomi con approccio palliativo e cure di fine vita in ambito domiciliare
Modulo 3: Case Management nelle cure primarie

È possibile anche la frequenza ad un singolo Modulo attraverso l'iscrizione allo Specifico Corso di Perfezionamento. L'iscrizione al Modulo 3 è condizionata alla frequenza di uno dei moduli precedenti.

Le lezioni si svolgeranno presso la struttura ospedaliera di Vicenza, in Contrà S. Bortolo.
La frequenza alle attività didattiche è obbligatoria (80% dell'attività teorica e per il 100% delle attività di stage e tutorato). Al termine del Master, ai partecipanti che avranno frequentato le attività previste dal piano di studi e superato con esito positivo le prove, sarà rilasciato il Diploma di Master di 1° livello in “Case manager in cure primarie avanzate”, con l'attribuzione di 60 CFU.

Modalità di ammissione
Per l'ammissione al Master gli aspiranti dovranno presentare domanda, in conformità con quanto contenuto nel bando, alla Direzione Studenti – Area Post Lauream, “Ufficio Master e Corsi di Perfezionamento”, Via Paradiso, 6 – 37129 Verona. Il bando è disponibile nel sito internet www.univr.it.
L'ammissione al Master avviene previa valutazione del curriculum vitae et studiorum dei candidati ed esame di selezione per valutare il livello di aggiornamento professionale e le attitudini.
La sede e gli orari di svolgimento delle prove saranno pubblicati nel sito internet www.univr.it.

LE ISCRIZIONI SONO APERTE FINO AL 7 SETTEMBRE 2012

Il Master inizierà nel mese di Dicembre 2012.

Per informazioni di tipo amministrativo rivolgersi a: Università degli studi di Verona
Direzione studenti – Area Post Lauream, Ufficio Master e Corsi di Perfezionamento
Via Paradiso, 6 – 37129 Verona Tel. +39 045 8425216/5212 fax. +39 045 8425217
E-mail: segreteria.master@ateneo.univr.it

Per informazioni di tipo didattico: Azienda ULSS Vicenza
Tel. 0444 753924 fax 0444 752422 E-mail giovanna.carollo@ulssvicenza.it

I corsi ECM e gli eventi formativi del secondo semestre 2012

Per i dettagli di tutte le proposte formative controllare il sito www.vicenzaipasvi.it
Tutti gli eventi sono in accreditamento ECM Veneto.

L'ECM è il processo attraverso il quale il professionista della salute si mantiene aggiornato per rispondere ai bisogni dei pazienti, alle esigenze del Servizio sanitario e del proprio sviluppo professionale. La formazione continua in medicina comprende l'acquisizione di nuove conoscenze, abilità e attitudini utili a una pratica competente ed esperta. Per poter acquisire queste buone pratiche è necessario, oggi più di ieri, spendere una parte delle proprie energie per l'aggiornamento.

Per il triennio 2011-13 è stato confermato il debito complessivo di 150 crediti formativi (50 crediti annui - min. 25 max 75). È prevista la possibilità, per tutti i professionisti sanitari, di riportare dal triennio precedente (2008-10) una quota di crediti stabilita in 45 crediti (cfr.: Accordo Stato-Regioni 19 Aprile 2012), a condizione che il professionista abbia pienamente ottemperato al debito formativo previsto per il triennio precedente di 150 c.f. oppure 90 c.f.*.

** Dal triennio 2005-2007, il professionista, che ha acquisito 60 c. f., può detrarli dal numero di crediti complessivo (150) relativo al successivo triennio (2008-2010) e acquisire 90 c.f.. Tale misura consente di detrarre ulteriormente nel triennio in corso (2011-2013) 45 crediti formativi e quindi acquisire 105 crediti formativi. Chi non ha acquisito i crediti formativi sulla base delle indicazioni riportate, deve per ogni periodo, acquisire 150 crediti formativi.*

Nel corso del 2011 il Collegio IPASVI ha proposto due corsi formativi rivolti uno alla figura del Coordinatore Infermiere e l'altro all'Equipe di lavoro. Sono stati condotti da due esperti psicologi - psicoterapeuti il Dott. Alessandro Copes e la Dott.ssa Marta Boaretto, per le tematiche trattate e per la metodologia didattica scelta hanno riscontrato molto successo e le richieste di iscrizione sono state ele-

vate tanto da spingere il Consiglio Direttivo a riproporre i due eventi formativi anche per il 2012 spostando la sede degli eventi formativi fuori dalla città di Vicenza.



“Essere” o “fare” i coordinatori? Percorso formativo/esperienziale per lo sviluppo delle competenze gestionali del coordinatore infermieristico.

Docenti: Dottoressa Marta Boaretto e Dottor Alessandro Copes (Psicologi - Psicoterapeuti)

Il corso è rivolto ai soli coordinatori che esercitano questo ruolo nelle aziende ospedaliere, nelle Case di Riposo, nelle strutture private, in altri istituti sanitari ed è in fase di accreditamento ECM.

Costo: **90,00 €** per gli iscritti al Collegio Infermieri di Vicenza

140,00 € per i non iscritti al Collegio di Vicenza.

Per le modalità di iscrizione visita il sito www.vicenzaipasvi.it e vedi fondo copertina

1° edizione Schio

21-28 settembre 2012 (8.30 - 17.30)

7 dicembre 2012 (8.30 - 13.00)

SEDE: Ex Ospedale di Schio - Via C. De Lellis - Schio

2° edizione Bassano

12 - 19 ottobre 2012 (8.30 - 17.30)

14 dicembre 2012 (8.30 - 13.00)

SEDE: Ospedale San Bassano - Aula Informatica - Via Lotti 40 - Bassano

La gestione infermieristica all'interno di un reparto ospedaliero o di una struttura residenziale richiede oramai non solo le “classiche” capacità tecni-

co-pratiche di un coordinatore ma anche e soprattutto abilità organizzative, talvolta manageriali e di sicuro comunicativo-relazionali per far fronte alle molteplici richieste che provengono da interlocutori assai differenti tra loro (la direzione sanitaria, i medici, i colleghi infermieri, gli OSS, i pazienti ed i loro familiari). Il coordinatore infermieristico, attraverso un uso attento della leadership, deve infatti saper orientare il lavoro di ognuno verso il raggiungimento degli obiettivi dell'organizzazione utilizzando al meglio non tanto le risorse materiali quanto le energie e le abilità di ciascun componente dell'équipe curante. Risultano essere imprescindibili le abilità di analisi e di problem solving, l'utilizzo di adeguati e flessibili stili di leadership, la capacità di ascoltarsi e di ascoltare le esigenze dei collaboratori così come di portare avanti scelte e strategie condivise. Questo corso ha lo scopo, in prima giornata, di accompagnare il coordinatore infermieristico nella presa di consapevolezza delle proprie modalità di leadership, abilità e caratteristiche specifiche, nonché di facilitare una riflessione circa il proprio ruolo professionale nel confronto costruttivo con i colleghi. Sarà infine possibile soffermarsi sul tema delle competenze comunicative utili nel lavoro in équipe.

Nella seconda giornata il focus si sposterà sul potenziare le abilità già possedute e riconosciute come efficaci tentando di modificare quelle invece meno efficienti sul piano della produttività e del clima organizzativo in generale.

A distanza di circa tre mesi da questi due momenti, di carattere esperienziale e formativo, verrà proposto un incontro conclusivo di condivisione dei percorsi avviati volto ad analizzare assieme al gruppo di coordinatori competenze e strategie risultate efficaci nella pratica quotidiana e gli aspetti che richiedono invece di essere approfonditi e migliorati.



“Collaborare in equipe: strategie e strumenti per potenziare le risorse del gruppo di lavoro”.

Docenti: Dottoressa Marta Boaretto e Dottor Alessandro Copes (Psicologi – Psicoterapeuti)

Il corso è rivolto a Infermieri, Infermieri Pediatrici e Assistenti Sanitari ed è in fase di accreditamento ECM.

Costo: 70,00 € per gli Iscritti al Collegio IP.AS.VI. di Vicenza
110,00 € per i non iscritti al Collegio di Vicenza.

1° edizione Lonigo

4 – 11 ottobre 2012

SEDE: Ospedale di Lonigo - Centro Formazione – Piazza Martiri della Libertà 9 - Lonigo

2° edizione Bassano

8 – 15 novembre 2012

SEDE: Ospedale San Bassiano – Aula Informatica – Via Lotti 40 - Bassano
Un “gruppo di lavoro” può raggiungere i propri obiettivi professionali solo lavorando in condizioni di “interdipendenza positiva”; diventa quindi necessario acquisire consapevolezza della propria identità professionale e apprendere strumenti che consentano di

lavorare facendo dell’eterogeneità (di competenze, di strumenti, di punti di vista, di ruoli) una risorsa. Nella prima giornata verrà stimolata una riflessione relativa alla differenza tra un semplice “gruppo” ed un “gruppo di lavoro”, incoraggiando i partecipanti ad analizzare concretamente il proprio contesto lavorativo, anche con l’aiuto di parametri di valutazione. Si inviteranno i partecipanti a riflettere su ruoli, responsabilità e competenze delle varie figure professionali all’interno dell’équipe. Si cercherà inoltre di sperimentare e confrontare gli effetti di modalità lavorative differenti, suggerendo la necessità, soprattutto in un contesto di cura, di soluzioni di tipo “collaborativo”. Nella seconda giornata verrà quindi affrontata la questione del “come” lavorare in gruppo, approfondendo i temi dell’assertività e della comunicazione efficace. Verranno forniti nuovi strumenti di lavoro orientati ad esprimere critiche o apprezzamenti costruttivi, a migliorare la circolazione delle informazioni, la presa di decisioni e le discussioni all’interno dell’équipe di lavoro. Grazie all’uso di esercizi e simulate, sarà possibile applicare e verificare le abilità apprese durante il corso ricevendo importanti feedback dal gruppo stesso.

Il programma dei corsi è disponibile in forma integrale sul sito www.vicenzaipasvi.it nella sezione ECM.



Come mi iscrivo?

PROCEDURA PER L’ISCRIZIONE AI CORSI ECM DEL COLLEGIO IPASVI DI VICENZA

1. **Telefonare al n. 0444-514311** a partire da 30 giorni prima del corso per richiesta disponibilità e conferma IMMEDIATA dell’iscrizione al corso (martedì e giovedì ore 10.00-12.30)
2. Dopo aver ricevuto conferma telefonica, **inviare tutti i dati** via mail a ecm.ammin@vicenzaipasvi.it o fax al n. 0444-514311 (come da modulo sul giornalino o sul sito del Collegio)
3. **Pagare** la quota di partecipazione al corso sul c/c/p n. 53229126 intestato al Collegio Provinciale IPASVI di Vicenza entro 7 giorni dalla conferma telefonica, (pena l’annullamento dell’iscrizione stessa)
4. **Inviare copia del bollettino** pagamento effettuato via mail o fax n. 0444-514311

N.B.

- Verranno accettate iscrizioni fino ad esaurimento dei posti disponibili. Le iscrizioni che perverranno prima della data definita non saranno prese in considerazione.
- L’accettazione dell’iscrizione al corso è subordinata al pagamento della quota annuale di iscrizione al collegio.
- Non verranno rimborsate le quote di iscrizione per nessun motivo. Per non perdere la quota di iscrizione sarà possibile effettuare una variazione del nominativo del partecipante, anche in sede congressuale.

Per ogni informazione telefonare alla SEGRETERIA CORSI ECM COLLEGIO IPASVI VICENZA al n. 0444-514311 nei giorni martedì e giovedì ore 10.00-12.30

Qualora il corso fosse gratuito la suddetta procedura va seguita per i punti 1 e 2.

“Il nuovo piano socio sanitario regione veneto 2012-2016” Aggiornamento gratuito accreditato ECM



In autunno 2012 ci saranno due incontri informativi a livello provinciale inerenti all’approvazione del nuovo Piano socio sanitario veneto 2012-2016.

Il presidente del Coordinamento dei Collegi IPASVI del Veneto, dottor Luigino Schiavon interverrà presentando il documento mentre il Collegio IPASVI di Vicenza declinerà le ricadute a livello provinciale per la professione infermieristica.

DATA e SEDE: da definire (visita il sito www.vicenzaipasvi.it)

Al via il 4° concorso "A spasso con... TESI" 2009-2012

Il Collegio Provinciale IPASVI di Vicenza, in esecuzione della delibera del Consiglio Direttivo n.14 del 02 luglio 2012, indice un concorso finalizzato ad evidenziare e premiare le tesi di laurea più significative al fine di dare rilevanza al lavoro svolto e diffondere la cultura professionale.

REGOLAMENTO

Requisiti generali e specifici

Al concorso possono partecipare tutti i laureati che:

- hanno frequentato il corso di laurea in Infermieristica, Infermieristica pediatrica, Assistenza Sanitaria, purché abbiano discusso la tesi nel periodo compreso tra Novembre 2009 a Marzo 2012 compresi e siano iscritti all'Albo di questo Collegio;
- hanno frequentato il corso di laurea Specialistica / Magistrale in Scienze Infermieristiche ed Ostetriche, laurea Specialistica / Magistrale dell'Area della Prevenzione, purché abbiano discusso la tesi nel periodo compreso tra Novembre 2009 ed Marzo 2012 compresi e siano iscritti all'Albo di questo Collegio;
- hanno frequentato un Master Universitario di 1° livello in Area Clinico-specialistica, Management o Ricerca, purché abbiano discusso la tesi nell'Anno Accademico 2009-2010-2011 e siano iscritti all'Albo di questo Collegio.

Tali requisiti devono essere in possesso alla scadenza del presente bando.

Termini per la presentazione della domanda

L'elaborato e la domanda della partecipazione al concorso, redatta in carta semplice, dovranno essere indirizzati al Presidente del Collegio IPASVI di Vicenza, Viale Trieste 29/c - 36100 Vicenza e dovranno essere presentati o pervenire entro le **ore 18 del 26 ottobre 2012**.

L'elaborato e la relativa domanda si considerano prodotti in tempo utile anche se spediti a mezzo raccomandata con avviso di ricevimento entro il termine indicato.

A tale fine farà fede il timbro a data dell'ufficio postale accettante.

Nella domanda di partecipazione, allegata all'elaborato, dovranno essere indicati i dati anagrafici, la data di discussione della tesi, la sede universitaria, nonché il domicilio ed un recapito telefonico presso il quale, ad ogni effetto deve essere data ogni necessaria comunicazione relativa al concorso (vedi allegato al bando).

Il Collegio IPASVI di Vicenza non assume alcuna responsabilità nel caso di dispersione della tesi conseguente ad inesatta indicazione del recapito da parte del candidato, o da mancata o tardiva comunicazione del cambiamento dell'indirizzo indicato nella domanda presentata, né per eventuali disguidi postali non imputabili a responsabilità del Collegio stesso.

Il termine stabilito per la presentazione delle tesi è perentorio, pertanto non saranno presi in considerazione gli elaborati che, per qualsiasi ragione, saranno presentati o spediti al di fuori del termine stabilito.

Documentazione da allegare alla domanda

Alla domanda sottoscritta dal concorrente dovrà essere allegata:

- una copia cartacea della tesi (non rilegata)
- una copia su supporto elettronico (CD) in formato PDF
- una breve sintesi strutturata dell'elaborato (Abstract strutturato)

Il materiale rimarrà nella banca dati del Collegio, non verrà restituito e potrà essere oggetto di pubblicazione e diffusione su richiesta.

Commissione esaminatrice

La commissione esaminatrice, composta dai membri del Consiglio Direttivo del Collegio IPASVI di Vicenza appartenenti al gruppo denominato "Area Cultura, Ricerca e Biblioteca", è presieduta dal Presidente.

Dalla commissione sono esclusi i membri operanti nei poli didattici universitari ed i membri che abbiano esercitato come professore a contratto nell'Anno Accademico di discussione di tesi.

Graduatoria e premi

La valutazione delle tesi sarà effettuata dalla commissione esaminatrice sulla base dei seguenti criteri:

- pertinenza alla specifico professionale
- originalità
- rigore della metodologia adottata
- implicazioni per la pratica clinica e/o organizzativa
- qualità dell'analisi statistica
- qualità della revisione bibliografica
- qualità del sistema di citazione e referenze

Saranno individuati dalla commissione esaminatrice i primi tre elaborati, per ogni livello formativo (laurea di 1° livello, Master di 1° livello, laurea di 2° livello), i quali verranno premiati applicando i criteri indicati con l'attribuzione delle somme seguenti:

- o Laurea di 1° livello: € 1000 per il primo e unico classificato;
- o Master di 1° livello: € 1000 per il primo e unico classificato;
- o Laurea di 2° livello: € 1000 per il primo e unico classificato.

È previsto il raggiungimento di un punteggio minimo, stabilito dalla commissione esaminatrice, per l'assegnazione dei premi.

Gli Abstract degli elaborati risultati vincitori verranno pubblicati sulla rivista del Collegio IPASVI di Vicenza "Infermieri Informati".

I vincitori verranno informati singolarmente mentre la premiazione ufficiale verrà fatta successivamente.

Esclusioni

Sono esclusi dalla partecipazione al concorso tutti i componenti del Consiglio Direttivo del Collegio IPASVI di Vicenza.

Note finali

Per eventuali chiarimenti gli interessati potranno rivolgersi alla segreteria del Collegio IPASVI di Vicenza negli orari di apertura: Martedì e giovedì 14-18, Mercoledì 10-12 oppure tramite Tel/ Fax 0444/303313, e-mail vicenzaipasvi@vicenzaipasvi.it

Nella pagina a fianco è pubblicata la domanda di partecipazione al bando di concorso.

Fresco di ...lettura

«Non leggete come fanno i bambini per divertirvi,
o, come gli ambiziosi per istruirvi. No, leggete per vivere»

Gustave Flaubert



McGraw-Hill

Anche in questo numero della rivista presentiamo un libro arrivato da poco negli scaffali della nostra biblioteca e che tratta un argomento molto attuale nei posti di lavoro.

Il libro scelto è "Quando ogni passione è spenta. La sindrome del burnout nelle professioni sanitarie" di Massimo Santinello e Adriana Negrisola.

BOURNOUT: termine apparso per la prima volta nel 1930 nel mondo dello sport per indicare l'incapacità di un atleta, dopo alcuni successi, di mantenere i risultati acquisiti si può tradurre in italiano con "bruciato", "scoppiato", "esaurito".

Questo termine è stato usato in ambito socio-sanitario per la prima volta nel 1974 per designare una particolare forma di malessere che appare assai diffusa tra i membri di staff che lavorano in istituzioni socio-sanitarie. Si può definire in bournout come il logorarsi, l'esaurirsi a causa di un'eccessiva richiesta di energia e risorse. Un malessere globale che si ripercuote sulla sfera lavorativa ma anche su quella personale. Tale fenomeno viene definito come il risultato di un periodo in cui l'elevato dispendio di energie nel lavoro non viene ricompensato dal necessario riposo e da adeguate ricompense.

Per tutelare e valorizzare il proprio patrimonio di risorse umane le organizzazioni sanitarie dovrebbero dunque pianificare strategie di prevenzione a sostegno del personale in situazioni stressanti. L'opera di Massimo Santinello e Adriana Negrisola si propone di fornire strumenti per capire il fenomeno bournout, le cause che lo determinano, i metodi per indagarlo, le ricadute su individuo e contesto lavorativo e, infine, i modi per prevenirlo.

Chi cura rischia di "bruciarsi"? Le schede di autovalutazione, a fine capitolo, apportano una valenza interattiva e fanno del testo un "corso a distanza". Sono stati prospettati, attraverso vari studi, diversi profili di evoluzione del disturbo. Maslach ipotizza che la condizione di esaurimento emotivo possa indurre, come irrigidimento difensivo, la depersonalizzazione che, a sua volta, può intaccare la qualità della relazione, della professionalità e di realizzazione personale.

Gli autori evidenziano come i risultati dei diversi studi siano concordi nel definire il processo di bournout come risposta di difesa quando l'operatore prova uno stress che non riesce ad alleviare attraverso una soluzione attiva del problema. Assume di conseguenza un atteggiamento di distacco, fastidio e ostilità nei confronti dell'utenza e del lavoro.

"A spasso con... TESI" 2009-2012 Modulo domanda di partecipazione

Al Presidente
Collegio IPASVI di VICENZA
Viale Trieste, 29/c
36100 VICENZA

___ sottoscritt___ chiede di essere ammess___ a

partecipare al Concorso "A spasso con ... TESI".

A tal fine, ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 445/2000, dichiara, sotto la propria responsabilità:

1- di essere nat___ a _____ prov. ___ il _____

2- di essere residente in _____ (provincia di _____)

Via _____ n. _____ C.A.P. _____ Tel. _____

3- di essere in possesso del titolo di studio _____

conseguito in data _____ presso _____

titolo tesi discussa _____

Dichiara, inoltre di aver preso visione di tutte le informazioni e condizioni contenute nel bando;
Il Sottoscritto dichiara di essere consapevole delle responsabilità penali cui può andare incontro nel caso di dichiarazioni mendaci e falsità negli atti, così come previsto dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28.12.2000.

___ sottoscritt___, impegnandosi a comunicare, per iscritto, eventuali variazioni del recapito, chiede che tutte le comunicazioni riguardanti l'avviso vengano indirizzate a:

Cognome e Nome _____

Via/Piazza _____ n. _____ comune _____

prov. ___ C.A.P. _____ tel _____ e-mail _____

___ sottoscritt___ autorizza, ai sensi del D.Lgs. 30.06.2003 n° 196, il Collegio IPASVI di Vicenza al trattamento di tutti i dati personali forniti con la presente istanza nell'ambito dell'attuazione per la quale la presente domanda viene resa. Pertanto:

accetta non accetta quanto contenuto nel bando di concorso

luogo e data _____ firma _____

Allega: copia cartacea della tesi, copia su supporto elettronico e Abstract

Bisogni di salute in aumento, riduzione della spesa sanitaria e taglio di posti letto: un mix ESPLOSIVO

Il 13 giugno u.s. è stato presentato a Roma presso la Camera dei Deputati l'VIII Rapporto Sanità CEIS dell'Università di Roma Tor Vergata dal titolo "Opzioni di Welfare e integrazione delle politiche" coordinato da Federico Spandonaro. L'ottava edizione del volume segnala come la spesa sanitaria italiana sia in calo progressivo nel 2011 e inferiore del 26% rispetto a Francia e Germania. Nel VIII Rapporto Sanità-CEIS si è simulato l'effetto sui bilanci delle famiglie di un inasprimento dei ticket: tale simulazione stima in oltre 42.000 le nuove famiglie che rischiano di impoverirsi per le spese sanitarie.

A questa situazione va aggiunta la politica della de-ospedalizzazione che ha prodotto una progressiva diminuzione dei letti. Negli ultimi dieci anni ne sono stati tagliati più di 45 mila. Una riduzione che ha riguardato tutte le Regioni portando il rapporto con la popolazione all'indice del 4,2 letti per mille abitanti, molto al di sotto della media Ocse del 5,2.

Nel **Veneto** la situazione dei posti letto per i ricoveri ospedalieri non a pagamento, a carico del SSN, nelle strutture pubbliche e nelle strutture private accreditate, non solo risultano essere ben al disotto della media nazionale (3,9‰ abitanti), ma il nuovo Piano Socio Sanitario Regione Veneto, recentemente approvato, prevede un ulteriore abbassamento al 3,7‰ abitanti, con la conseguente ulteriore e drammatica riduzione di posti letto che risulteranno complessivamente 18.270. Una perdita, rispetto al 2009, di 1500 posti letti.

Con l'aumento della domanda sanitaria e del progressivo invecchiamento della popolazione gli effetti di questo ridimensionamento produrranno effetti esplosivi. I Pronto Soccorso saranno ulteriormente subissati da richieste di interventi e prestazioni, ma ai cittadini la pazienza non sarà sufficiente per trovare risposte ai loro bisogni perché, in gran parte, saranno reindirizzati a casa.

Come conseguenza **le case, le nostre, diventeranno il più grande ospedale del Paese** e le famiglie sottoposte ad un peso

che non potrà essere retto. Questa è la conseguenza della crisi ma una risposta deve essere strutturata perché le famiglie non possono assumersi i pesanti oneri che questo tipo di assistenza comporta. È necessario un supporto organizzativo che coinvolga i medici di famiglia, i servizi sociali dei Comuni, gli infermieri e i servizi sociali delle Ulss e che aiuti le famiglie. Il nuovo Piano Socio-Sanitario Regionale 2012-2016, introduce importanti elementi di novità e individua nel territorio la propria scelta operativa strategica: riorganizza la rete dell'assistenza ospedaliera e territoriale sulla base delle conoscenze epidemiologiche e delle modifiche nei profili di bisogno.

Attraverso l'analisi di contesto si evidenzia il mutare dei bisogni assistenziali della popolazione con l'emergere di nuove sfide assistenziali conseguenti della crescita dell'aspettativa di vita con progressivo invecchiamento della popolazione.

Tra le diverse novità il piano prevede l'implementazione delle **Medicine di Gruppo Integrate**, forme associative di medici di medicina generale che propongono una rimodulazione dell'offerta assistenziale, non solo in termini di accessibilità (ampliamento degli orari di apertura degli studi medici), ma anche rispetto al conseguimento di specifici obiettivi di salute.

Le caratteristiche peculiari delle Medicine di Gruppo Integrate sono di essere organizzazioni fondate su una *team multi-professionale* e multidisciplinare, strutturate sulla definizione dei problemi a cui il *team* stesso deve garantire una risposta.

L'integrazione professionale comprende medici di famiglia, specialisti ambulatoriali interni ed ospedalieri, medici di continuità assistenziale, *infermieri*, operatori socio-sanitari, assistenti sociali, psicologi. In questo modo il team diviene un nodo di una rete territoriale con la finalità di gestire la presa in carico dei bisogni socio-sanitari di una definita Comunità e di garantire la continuità dell'assistenza nelle sue diverse accezioni (gestionale, informativa, relazionale), assicurando una risposta certa all'assistito nell'arco delle 24 ore.

L'intento è lodevole, ma questa rete, oltre a doversi costituire rapidamente, deve intervenire con nuove modalità di gestione e di presa in carico dell'assistito nel territorio. Alla diagnosi e alla cura devono far seguito interventi specifici che consentano all'utente di trovare risposte chiare. L'utente andrà dal suo medico di famiglia per la diagnosi e la prescrizione della cura, dal suo infermiere di famiglia per la pianificazione del progetto di cura e degli interventi di assistenza infermieristica, superando la realizzazione di compiti ad orario su indicazione, favorendo la continuità delle cure e ricorrendo a misure assistenziali ed organizzative di chiara evidenza scientifica.

Un'organizzazione in team multi professionale fondata sulla pianificazione delle attività e del follow up, sull'individuazione di case manager che prendono in carico l'assistito, lo seguono e che ne verificano i progressi.

Solo in questo modo l'utente eviterà di recarsi in Pronto Soccorso per necessità improprie.

Per realizzare tutto questo è necessario, pertanto, avviare una revisione di ruoli e competenze: da un lato, dei profili socio-sanitari, dall'altro, delle sfere di responsabilità e di apporto al lavoro complessivamente inteso, superando l'attuale frazionamento nell'organizzazione dell'intervento assistenziale.

Un cambiamento necessario e indipendente dalla nostra volontà e dallo status quo. Il mondo politico vede nella professione infermieristica un punto di forza per realizzare questo cambiamento, dettato in gran parte dalla crisi economica che sta attraversando il paese.

Alla professione viene richiesto un grande impegno e la volontà consapevole di cogliere questa sfida per una sanità più organizzata ed efficiente, anche se più povera e limitata.

Attraverso l'espressione del proprio esercizio professionale, gli infermieri riceveranno il definitivo riconoscimento sociale dal cittadino per le concrete risposte ricevute, al pari di altri professionisti sanitari.

Analisi e prevenzione del rischio nell'emorragia post partum (EPP)

Sintesi tesi di Master Sicurezza e Rischio Clinico di I livello

La riduzione del rischio clinico materno fetale rappresenta da sempre uno degli obiettivi prioritari per le politiche sanitarie di tutti i Paesi.

Principalmente il controllo della mortalità materna legata all'evento gravidanza e al momento intra e post-partum hanno rappresentato e rappresentano un capitolo in cui vengono investite notevoli risorse. A partire dal 2000 le Nazioni Unite si sono poste uno specifico traguardo: la riduzione al 2015 della mortalità materna di almeno tre quarti dei casi. Se questo fosse raggiungibile, il livello di morti materne correlate ad emorragia post-partum risulterebbe significativamente ridotto. A supporto di ciò gli operatori sanitari delle varie nazioni necessitano di adeguata preparazione, impegno ed indicazioni contenute all'interno di procedure ben strutturate.

Oltre a questo occorrono linee guida basate sull'evidenza, sulla sicurezza, sulla qualità e l'utilità delle stesse nelle diverse e numerose attività. Questo sarà la base delle politiche strategiche e dei programmi di sviluppo necessari per garantire le implementazioni di interventi appropriati derivanti da evidenze scientifiche.

L'EPP (emorragia post-partum) è considerata tra le prime cause di morte materna nel Mondo e la terza nei paesi industrializzati dopo l'embolia polmonare e l'ipertensione arteriosa.

Tra le sue cause principali si evidenziano: l'atonìa uterina, traumi del tratto genitale, rottura d'utero, ritenzione di materiale placentare o alterazioni della coagulazione materna.

Tale studio si pone come obiettivo ultimo quello di sondare ulteriori cause che comportano situazioni di EPP e una volta identificate sono state inserite all'interno di un diagramma di Ishikawa, al fine di renderlo uno strumento di confronto per realtà operative che non hanno ancora linee ben definite e che necessitano di stilare eventuali procedure/protocolli in merito.

Molti degli incidenti in ambito sanitario hanno bisogno di essere osservati da una prospettiva sistemica per poterli comprendere completamente. Le azioni ed i fallimenti delle singole persone

giocano un ruolo centrale ma i loro ragionamenti e comportamenti sono fortemente influenzati dall'ambiente di lavoro e dai processi organizzativi più ampi.

I maggiori incidenti si sviluppano nel tempo, coinvolgono un certo numero di persone e sono determinati da un considerevole numero di fattori favorevoli soprattutto all'interno dei modelli organizzativi. (Reason 1997).

Alcune decisioni di alto livello, se prese all'interno o fuori di un'organizzazione sanitaria mediante disposizioni, normative o regolamenti, sono in equilibrio tra possibili rischi e benefici. Tali decisioni possono talvolta sembrare imperfette ma anche scelte ragionevolmente facili possono portare in seguito a sfortunate conseguenze.

Si può sostenere che in ambito sanitario per la sicurezza del paziente per migliorare la qualità di assistenza (promuovere la buona pratica) sono indispensabili la standardizzazione delle procedure, la progettazione di strumenti, l'implementazione e l'osservanza degli stessi.

Vincent et al nel 1998, facendo riferimento al modello proposto da Reason, identificano un quadro dei fattori che causano errore; quest'ultimi vengono di seguito elencati.

Fattori relativi al paziente. Il tipo di influenza comprende:

- la complessità delle condizioni di salute;
- difficoltà di linguaggio;
- la personalità;
- i diversi fattori sociali,
- altro.

Fattori individuali e dello staff. Possono interferire su:

- disponibilità ed uso di protocolli/procedure;
- nel bisogno di aiuto nel prendere decisioni;
- nella non chiarezza nei confronti della struttura intesa come non corretta visione.

Fattori relativi all'equipe. Riguardano:

- difficoltà nella comunicazione verbale, scritta;
- nell'assenza di un supervisore;
- assenza o incerta presenza di leadership del team.

Fattori relativi all'ambiente di lavoro. Consistenti in:

- numerosità dello staff;
- carichi di lavoro eccessivi;
- modelli di turni di difficile sostenibilità;
- carenza, assenza, indisponibilità e non manutenzione delle tecnologie;
- mancanza di supporto amministrativo e dirigenziale;
- ambiente fisico inteso come struttura non adeguata.

Fattori legati all'organizzazione e al management. Comprendenti:

- assenza o scarsità di risorse e vincoli finanziari;
- deficit organizzativi: organizzazione non strutturata;
- carenza di politiche standard ed obiettivi;
- scarsità di cultura della sicurezza e priorità.

Fattori legati al contesto istituzionale: Sono inerenti a:

- scarso contesto economico e normativo;
- carenza di potere esecutivo a livello di sistema sanitario nazionale;
- assenza collegamento con organizzazioni esterne.

FATTORI DI RISCHIO LEGATI ALLA PAZIENTE PER EPP

Secondo quanto proposto dalle linee guida del Ministero della Sanità italiana nel 2007¹ e come già precedentemente annunciato i fattori di rischio legati alla paziente sono:

- ❖ atonia uterina;
- ❖ lacerazioni della cervice e/o del perineo;
- ❖ ritenzione di materiale placentare;
- ❖ problemi della coagulazione;
- ❖ inversione uterina;
- ❖ la rottura d'utero.

Le linee guida del Royal College of

1 Ministero della Salute *DOCUMENTO DI INTEGRAZIONE ED INDIRIZZO RELATIVO ALLA RACCOMANDAZIONE PER LA PREVENZIONE DELLA MORTE MATERNA CORRELATA AL TRAVAGLIO E/O PARTO*, Governo clinico, Sicurezza dei pazienti, aprile 2007, tratto dal sito: www.salute.gov.it/imgs/C_17_publicazioni_1334_allegato.pdf, data d'accesso ottobre 2011.

Obstetrics and Gynaecologists (RCOG Guidelines 2009) hanno ulteriormente suddiviso i fattori di rischio in fattori antecedenti il parto e fattori di rischio che si manifestano durante il travaglio e il parto.

FATTORI DI RISCHIO INDIVIDUALI E DELLO STAFF

PRESENZA, DISPONIBILITA' DA PARTE DEL PERSONALE ALL'UTILIZZO DI PROTOCOLLI

Ogni realtà ostetrica per far fronte a situazioni di emergenza quali EPP deve dotarsi di protocolli e percorsi assistenziali scritti, basati sulle prove di efficacia, condivisi e soprattutto osservati da tutti gli operatori sanitari coinvolti.

L'adozione di protocolli scritti offre innumerevoli vantaggi.

FATTORI RELATIVI ALL'EQUIPE

FATTORI LEGATI ALLA COMUNICAZIONE

La comunicazione è una componente importante del lavoro in equipe perché serve come meccanismo di coordinamento e di sostegno del gruppo professionale stesso. Abilità comunicative portano con il supporto della leadership ad un'interazione diretta fra i componenti e ad un monitoraggio del contesto.

La comunicazione inoltre facilita una cultura di sostegno reciproco.

È oltre tutto importante riconoscere il paziente come parte del team e di essere consapevoli che clinici e non clinici sono persone con un ruolo importante nella "caring" del paziente.²

Si fa inoltre presente che lavorare e comunicare in equipe presenta notevoli difficoltà.

La comunicazione diviene critica quando implica un'emozione negativa.

FATTORI RELATIVI ALL'AMBIENTE DI LAVORO

Relativamente all'argomento in questione essi comprendono:

CARICHI DI LAVORO, NUMEROSITA' DEL PERSONALE

Quando un soggetto è molto stanco è più vulnerabile nel commettere errori. Lo stress e i carichi di lavoro possono ridurre la soglia di attenzione e permettere all'evento avverso di insediarsi in particolari circostanze

I TURNI DI LAVORO ED EVENTI AVVERSI

Le ricerche in questo ambito hanno portato alla conclusione che il tasso di

frequenza di eventi avversi decresce nel corso di un turno di notte mentre aumenta il loro tasso di gravità.

Queste nozioni si aggiungono ai fattori generalmente chiamati in causa nell'eziologia degli incidenti da lavoro e non possono che incitare a rivedere i concetti classici che associano gli eventi avversi semplicemente a una ridotta capacità di attenzione del lavoratore correlato ai precedentemente citati elementi di stress, stanchezza e carichi di lavoro. Va notata la correlazione tra il livello di attività elevato e l'aumentato tasso di frequenza da una parte e il livello di vigilanza abbassato e il tasso di gravità elevato dall'altra, per meglio comprendere il significato psicofisiologico differente della frequenza e della gravità degli incidenti.³

CARENZA, ASSENZA, INDISPONIBILITA' DELLE TECNOLOGIE E NON MANUTENZIONE DELLE TECNOLOGIE

Il malfunzionamento dei dispositivi medici e nello specifico degli apparecchi elettromedicali rappresenta un problema grave.

Data e considerata l'EPP come una situazione in cui può divenire indispensabile l'immediato trasferimento della paziente in altra sala contigua appositamente medicalizzata (sala operatoria), tutta la strumentazione presente (intesa come tecnologie) deve essere continuamente sottoposta a controlli di verifica funzionalità e di manutenzione, come quanto espresso dalle linee guida ministeriali riguardanti la prevenzione degli eventi avversi conseguenti al malfunzionamento dei dispositivi/apparecchi elettromedicali⁴.

SCARSITA' DI UNA CULTURA DELLA SICUREZZA

La scarsa cultura della sicurezza percepita è stata collegata a tassi di errore elevati. Tuttavia, realizzare miglioramenti duraturi di cultura della sicurezza può essere difficile ma non impossibile.

3 Università degli studi di Sassari, Lavoro in turno e problemi di performance, tratto dal sito: www.medicinalavoro.uniss.it/.../medicina/Lavoro%20in%20turno.htm, data d'accesso ottobre 2011.

4 Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali, Raccomandazioni per la prevenzione degli eventi avversi conseguenti al malfunzionamento dei dispositivi medici/apparecchi elettromedicali, 2009, tratto dal sito: http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_publicazioni_844_allegato.pdf, data di accesso ottobre 2011.

Misure specifiche, quali la formazione, il lavoro di squadra, l'istituzione di gruppi controllo, gruppi per la sicurezza, sono stati associati a miglioramenti nelle misure da attuare e a tassi di errore inferiori. Altri metodi, come squadre di pronto intervento e metodi di comunicazione strutturati, sono stati ampiamente implementati per aiutare ad affrontare problemi culturali come gerarchie rigide e barriere di comunicazione.

La cultura della colpa individuale, ancora dominante e tradizionale nella cura della salute, danneggia senza dubbio il progresso di una cultura della sicurezza.

Nel nuovo concetto si creerebbero le condizioni di apprendimento dall'errore riuscendo ad agire in modo proattivo per evitare il ripetersi di eventi analoghi, migliorando così la sicurezza del paziente e riducendo i costi.

A seguito di quanto presentato e delle cause che possono portare ad un'EPP identificate e approfondite si è voluto costruire un diagramma di Ishikawa con lo scopo che possa diventare uno strumento di confronto per realtà operative che non hanno ancora linee ben definite e che necessitano di stilare eventuali procedure/protocolli in merito.

Nel diagramma si è lasciato volutamente delle strutture senza componenti a significare che tali strumenti sono in continua evoluzione e che non sono fine a se stessi ma possono essere integrati in base a circostanze precise e divenire quindi necessari in una visione completa di prevenzione del rischi.

Il diagramma è uno strumento che necessita a seguire dell'esistenza, una volta individuate le cause (in questo caso dei fattori di rischio), di un programma di miglioramento ("azioni migliorative") al fine di poter prevenire il verificarsi dell'evento avverso.

Si vuol concludere fornendo importanza nei confronti della *Just Culture* e puntare ad una sua divulgazione con la seguente frase:

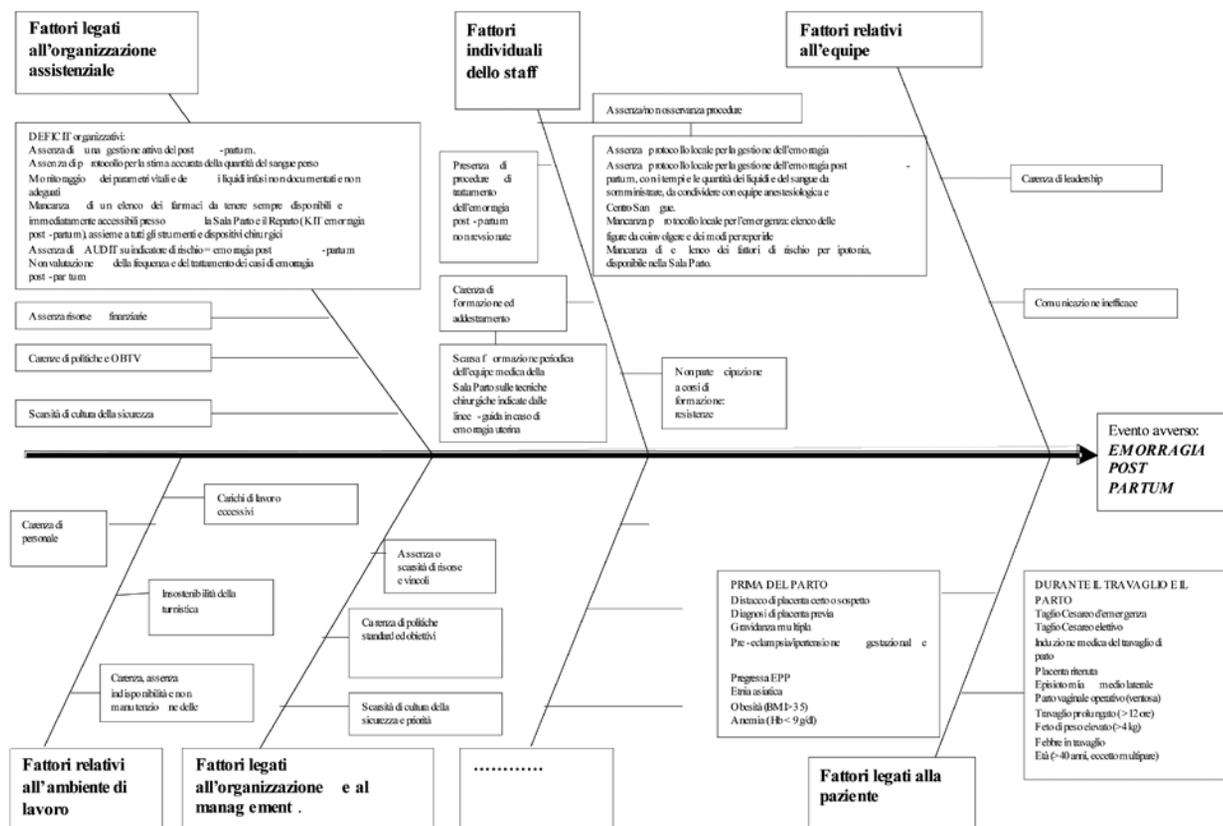
"La forza degli alberi non sta nei rami, la forza degli alberi sta nelle radici".

E in merito ai fattori di rischio si vuole proporre l'aforisma:

"Un fattore di rischio.... se lo conosci lo eviti!"

Come la EPP, tutte le numerose ed imprevedibili situazioni di emergenza in sala parto devono essere affrontate (e prevenute) attraverso una conoscenza dei fattori di rischio e una corretta e coordinata attività di tutte le figure professionali che compongono l'equipe.

2 Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ): "Communication", modulo 6, 2011, tratto dal sito: <http://www.ahrq.gov/teamsteppstools/instructor/fundamentals/module6/igcommunication.pdf>, ottobre 2011.



BIBLIOGRAFIA

- Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ): "Communication", modulo 6, 2011, tratto dal sito: <http://www.ahrq.gov/teamstepstools/instructor/fundamentals/module6/igcommunication.pdf>, ottobre 2011.
- Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ): "Therapeutic Management, Delivery, and Postpartum Risk Assessment and Screening in Gestational Diabetes", Publication No. 08-E004 March 2008, tratto dal sito: <http://www.ahrq.gov/downloads/pub/evidence/pdf/gestdiabetes/gestdiab.pdf>, ottobre 2011.
- Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali: "Assistenza alla gravidanza e al parto fisiologici": tratto dal sito: http://www.agenas.it/agenas_pdf/gravid_parto_3.pdf, data di accesso 8 settembre 2011.
- AHRQ Agency for Healthcare Research and Quality, Patient Safety Network: "Safety Culture", tratto dal sito: <http://psnet.ahrq.gov/primer.aspx>, data di accesso ottobre 2011.
- Blegen MA, Goode CJ, Reed L. Nurse staffing and patient outcomes Nurs Res. 1998 Jan-Feb;47(1):43-50, sito di riferimento: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9478183?dopt=Abstract#>, data di accesso ottobre 2011.
- Buckman R. Breacking bad news: a guide for healthcare professionals. Baltimore: John Hopkins University Press; 1992. Trad. it. a cura di E.Vegni La comunicazione della diagnosi. Milano: Raffaello Cortina Editore; 2003.
- Centro Gestione Rischio Clinico e Sicurezza del Paziente: "Buone pratiche per la sicurezza del paziente in Ginecologia ed Ostetricia". Seconda edizione rivista e corretta il 18/05/2009, tratto dal sito: http://www.regione.toscana.it/regione/multimedia/RT/documents/2011/01/28/a204d6685e66e97ab30707fa81278003_labogweb.pdf, data d'accesso ottobre 2011.
- Charles C, Gafni A, Whelan T. Decision-making in the physician-patient encounter: revisiting the shared treatment decision-making model. Soc Sci Med. 1999 Sep; 49 (5):651-61.
- Corsu R., Tillo R. Emorragia post-partum: evidenze scientifiche. Università degli Studi di Roma "La Sapienza",

- Dipartimento di Scienze Ginecologiche, Perinatologia e Puericultura; tratto dal sito: http://www.sippo.it/PDF/emorragia_post_partum.pdf (data d'accesso: 08/2011).
- Del Piccolo Lidia, La comunicazione della diagnosi di tumore al paziente e ai familiari. Pubblicato in Recenti Progressi in medicina Vol. 98, N. 5, Maggio 2007.
- Department of Health and Human Services Food and Drug Administration FDA's Strategic Plan for Risk Communication Fall, 2009, tratto dal sito: <http://www.fda.gov/AboutFDA/ReportsManualsForms/Reports/ucm183673.htm#background>, data d'accesso ottobre 2011.
- Guana M., Cappadona R., et al: La Disciplina Ostetrica, Mc Graw Hill Companies, 2 edizione 2011.
- Guarnerio P. P., Emorragie post-partum: diagnosi e management; tratto dal sito: www.abmed.it/ginecologia/Crema/dr%20Guarnerio.ppt (data d'accesso: 09/2011).
- Join Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO): "Sentinel Event Alert, Issue 44: Preventing Maternal Death", 26 gennaio 2010, tratto dal sito: http://www.jointcommission.org/assets/1/18/SEA_44.PDF, data d'accesso ottobre 2011.
- Master per la Gestione della Sicurezza, della Qualità e del Rischio clinico I livello: "La Cultura della Sicurezza", lezioni della Dott.ssa Degano Simonetta, appunti di Arianna Saugo, Verona 2011.
- Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali, Raccomandazioni per la prevenzione degli eventi avversi conseguenti al malfunzionamento dei dispositivi medici/apparecchi elettromedicali, 2009, tratto dal sito: http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_844_allegato.pdf, data di accesso ottobre 2011.
- Ministero della Salute Governo Clinico, Sicurezza dei pazienti, "Documento di integrazione ed indirizzo relativo alla raccomandazione per la prevenzione della morte correlata al travaglio e/o parto". Aprile 2007, tratto dal sito: www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1334_allegato.pdf, data d'accesso ottobre 2011.
- Ministero della Salute, Documento di integrazione ed indirizzo relativo alla raccomandazione per la prevenzione della morte materna correlata al travaglio e/o al

- parto, 2007, tratto dal sito: http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_629_ulteriori_allegati_ulteriori_allegato_1_alleg.pdf, data d'accesso ottobre 2011.
- Mousa HA, Alfrevic Z. Treatment for primary postpartum haemorrhage. Cochrane Database of Systematic Reviews 2007, Issue 1. Art. No.: CD003249. DOI: 10.1002/14651858.CD003249.pub2.
- R.W.Scott: "Le organizzazioni", Il Mulino, Prentice Hall International, 1985.
- Regione Lombardia. Azienda Ospedaliera Ospedale Maggiore di Crema. Emergenze Emorragiche in Ostetricia. Procedure ed organizzazione dell'assistenza operativa; tratto dal sito: <http://www.anestesiaweb.it/inc/EmergOst.pdf> (data d'accesso 09/2011).
- Royal College of Obstetric and Gynaecologists: "Postpartum Haemorrhage, Prevention and Management". Date published: 11/05/2009, tratto dal sito: <http://www.rcog.org.uk/files/rcogcorp/GT52PostpartumHaemorrhage0411.pdf>, data d'accesso ottobre 2011.
- Servizio Sanitario Regionale Azienda Unità Sanitaria locale di Cesena: "La comunicazione del rischio per la salute", tratto dal sito: <http://www.auslcesena.emc.it/Azienda/Sanit%20C3%20AOPubblica/EpidemiologiaeComunicazione/ComunicazioneDelrischioPerlasalute/tabid/403/Default.aspx>, data di accesso ottobre 2011.
- Università degli studi di Sassari, Lavoro in turno e problemi di performance, tratto dal sito: www.medicinalavoro.uniss.it/.../medicina/Lavoro%20in%20turno.htm, data d'accesso ottobre 2011.
- Valle A., Bottino S., Meregalli V., Zanini A. "Manuale di Sala Parto". Edi-ermes: Milano 2008; parte seconda.
- Vincent Charles. Patient Safety; la sicurezza del paziente. Esse editrice Roma 2007.
- World Health Organization (WHO), "WHO guidelines for the management of postpartum haemorrhage and retained placenta"- 2009, tratto dal sito: http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241598514_eng.pdf, data di accesso ottobre 2011.

Organizzazione modulare dell'assistenza infermieristica ospedaliera: l'esperienza dell'azienda ULSS 5 "Ovest Vicentino"

La rapida evoluzione che, in Italia, ha caratterizzato l'assetto normativo e l'iter di formazione legati alla professione infermieristica, non ha sempre evidenziato, nelle molteplici realtà, il medesimo spirito di trasformazione nell'ambito pragmatico dell'organizzazione del lavoro e dei comportamenti assistenziali.

L'organizzazione "per compiti" tende a confermarsi come il modello tradizionale di setting assistenziale, malgrado l'aumentata complessità dei quadri clinici espressi dai degenti, i trend epidemiologici, sociali e culturali (prevalenza di quadri polipatologici, invecchiamento della popolazione, processi di empowerment dell'utenza nella gestione della salute, ecc) ne evidenzino le caratteristiche di obsolescenza rispetto ai bisogni emergenti della popolazione.

Sono molteplici i contributi della letteratura scientifica, soprattutto anglosassone, in merito a proposte alternative e moderne nell'approccio all'organizzazione del lavoro in ambito sanitario/infermieristico: dal "case management" al "primary nursing" al "team nursing".

L'attenta analisi di vantaggi, criticità e costi di trasposizione dei succitati modelli nella contestuale realtà italiana, ha evidenziato il team nursing, ridenominato organizzazione modulare (o per settori) dell'assistenza, come la versione innovativa con il miglior profilo di applicabilità.

Non stravolgendo la tradizionale pianificazione di attività, e non richiedendo importanti investimenti in strutture o risorse umane, ad oggi non sostenibili da una dinamica di spesa sanitaria in revisione e contrazione, essa prevede un impianto funzionale a "piccoli gruppi" di infermieri dedicati a gruppi numericamente coerenti di pazienti, così da indurre a quell'auspicato concetto di umanizzazione assistenziale, che prevede la presa in carico globale del paziente e che mira alla qualità globale della prestazione sanitaria.

La persona/paziente è al centro dell'intero processo assistenziale, governato

da un "team leader" responsabile di programmare e coordinare le specifiche competenze infermieristiche.

L'organizzazione modulare è, ormai, presente in molteplici realtà nazionali ed internazionali e, sulla scorta della positività esperienziale raccolta e della letteratura scientifica in proposito, anche la ULSS 5 "Ovest Vicentino", perseguendo le finalità trasversali di efficienza e qualità dei servizi assistenziali, nella logica della massimizzazione del valore per l'utente, ha avviato una riflessione teorica ed operativa su questa attuale tecnica organizzativa.

La particolare conformazione geografica della ULSS 5, che articola l'assistenza ospedaliera su 4 diversi presidi (Arzignano, Valdagno, Montebelluna, Montebelluna Maggiore, Lonigo) ha richiesto, in via preliminare, una riflessione volta a standardizzare e rendere omogenee le modalità di approccio organizzativo, anche superando, talvolta, cliché tradizionali ormai inadeguati ai tempi odierni.

Acquisiti gli indispensabili elementi accomunanti, dal punto di vista gestionale, la pianificazione progettuale è proseguita definendo temporizzazione delle fasi realizzative, oltre a materiali e sussidi necessari al perseguimento degli obiettivi dichiarati.

La Direzione Aziendale ha ritenuto di identificare tale revisione dell'organizzazione assistenziale infermieristica con un obiettivo di budget trasversale alle UU.00. della ULSS 5, attribuendo il coordinamento dell'attività progettuale alla U.O. Professioni Socio-Sanitarie e alla Direzione Medica Ospedaliera, stabilendo in un triennio il tempo utile al completamento applicativo alla totalità dell'azienda, a partire dalla primavera 2010.

Adeguamento degli organici, laddove carenti, e acquisizione di materiale informatico e strumentale, sono stati i momenti propedeutici allo start up progettuale, che ha previsto una specifica sequenzialità di fasi:

1. Meeting con l'equipe infermieristico-assistenziale, condivisione di obiettivi, modalità e tempi del progetto, strutturazione di un gruppo

di lavoro dedicato al monitoraggio degli aspetti analitici ed applicativi.

2. Analisi dello stato dell'arte attuale: composizione dell'organico, profili di competenza, volumi di prestazioni, distribuzione oraria, appropriatezza, ecc.
3. Definizione dei processi atti a consentire il superamento delle criticità e a promuovere funzionalità ed accessibilità procedurali (frammentazione e dispersione delle informazioni clinico-amministrative, ricorso a tecniche obsolete, ecc), problematiche risolte con l'adozione di soluzioni informatiche e innovative modalità di trasmissione delle informazioni e, sul versante clinico, applicando le modalità tipiche di revisione della evidenced based practice.
4. Reengineering dei processi assistenziali attraverso la scomposizione della prestazione in singole attività attribuite per competenza alle diverse figure (infermiere ed Oss di modulo o trasversale) e riassetto dell'intero processo ridistribuito nell'arco delle 24 ore e della settimana. Ciò ha dato evidenza di molte attività misconosciute di cui è stata specificata esigenza misurare il carico e standardizzare l'effettuazione.
5. Particolare attenzione ha richiesto l'equilibrata distribuzione delle aree di competenza, con un distinguo accurato tra le funzioni manageriali del coordinatore infermieristico e le funzioni cliniche del team leader (capo modulo)
6. Interazione con il Direttore della Unità Operativa interessata al fine di condividere la revisione organizzativa e promuovere il coinvolgimento della dirigenza medica nella fase procedurale applicativa.
7. Monitoraggio analitico e critico della fase gestionale-sperimentale. Il percorso descritto è stato, inoltre, inserito nel sistema ECM regionale con il profilo di "formazione sul campo", così da rendere proficua anche dal punto di vista formativo,



la fase di applicazione sperimentale del nuovo modello.

Un primo bilancio a distanza di due anni, consente di rendicontare ben 9 Unità Operative in cui l'organizzazione modulare è pienamente applicata ed altre 6 che si stanno affacciando alla fase sperimentale, così da rispettare appieno la temporizzazione auspicata dalla Direzione Aziendale.

Le tipologie organizzative introdotte hanno previsto:

- la suddivisione dei posti letto secondo la logica di "alta intensità assistenziale" (di solito 4 posti letto) e "media intensità assistenziale" (12-15 posti letto), come ad esempio nel reparto di Stroke Unit e Neurologia.
- la suddivisione in moduli con medesimo numero di posti letto (12-15) per Unità Operative con omogenea intensità di cure, come, ad esempio per i reparti chirurgici multispecialistici.

Eccezione è costituita dalla unità operativa di Ostetricia e Ginecologia ove la settorializzazione ha rispettato i due tradizionali ambiti di assistenza: maternità e chirurgia ginecologica.

Continuità delle cure, migliorata presa in carico del paziente, approccio multi professionale sono le principali evidenze già tangibili in fase sperimentale, cui si sommano l'evoluto governo e flusso delle informazioni assistenziali; ciò ha consentito risposte più efficienti ai bisogni dell'utente ed un impiego mirato ed ottimale del tempo lavorativo, rivisitando, talvolta, adempimenti acriticamente, se non inutilmente, reiterati.

Poiché è risaputo che i gruppi di persone che lavorano armoniosamente insieme sono i migliori strumenti organizzativi di un'Azienda, è stata introdotta la consuetudine al "briefing" di inizio e fine turno, cosicché medici e personale infermieristico si dedichino, in reciproco confronto, agli aggiornamenti sulle condizioni cliniche dei pazienti sui regimi diagnostico-terapeutici, nel costante rispetto di ruoli, autonomie e responsabilità.

L'esperienza in essere presso l'azienda ULSS 5 ha sperimentato con successo un modello assistenziale revisionato ma che mantiene il legame con la tradizionale impostazione "per compiti", così da non forzare i tempi fisiologici di un più radicale cambiamento culturale, volto alla strutturazione di diverse ed ampie competenze per il perso-



nale infermieristico.

La Direzione dell'ULSS 5 ha reputato importante strutturare un modello organizzativo aziendale dell'assistenza infermieristica ospedaliera, interpretandolo come un modello sul quale innestare ulteriori innovazioni e revisioni progettuali che, favorendo processi di apprendimento ed acquisizione di competenze da parte dei profili infermieristici, generino valore per l'utente ed efficienza globale per l'azienda.

La scelta di avvalersi di questo modello assistenziale e il grande impegno profuso dal team nello sviluppare gli applicativi organizzativi, hanno consentito di elaborare contestualmente uno strumento performante, tarato sulle effettive esigenze e bisogni dell'utente e orientato a far emergere e sviluppare le competenze dei professionisti in maniera trasversale e completa, oltre a favorire un ripensamento organizzativo generativo di energie da reinvestire nel percorso assistenziale, nella logica del miglioramento continuo.

Bibliografia per approfondimento

Riviste scientifiche

1. Barelli P, Pallaoro G, Perli S, Strimmer S, Zattoni ML. Modelli di organizzazione dell'assistenza: sono efficaci?. *Assist Inferm Ric* 2006; 25: 35-41.
2. Callaghan L. Advanced nursing practice: an idea whose time has come. *J Clin Nurs* 2008;17:205-13.
3. Campagna S, Lanteri D, Zanini L, Fraternali A, Sampietro P, Gonella G, Berchiolla P, Gregori D, Menarello G,

Maniero M, Sasso L. Efficacia dell'applicazione del modular nursing in una degenza di area medica: uno studio sperimentale. *Assist Inferm Ric* 2011; 30: 73-83.

4. De Geest S, Moons P, Callens B, Gut C, Lindpaintner L, Spirig R. Introducing Advanced Practice Nurses / Nurse Practitioners in health care systems: a framework for reflection and analysis. *Swiss Med Wkly* 2008;138:621-8.
5. Pagiucio G, Cariolato E, Iselle F, Tonini R. Organizzazione dell'assistenza infermieristica per settori in alcune unità operative dell'ospedale di Vicenza. *Management Infermieristico* 2004; 10:6-13.
6. Viney M, Batcheller J, Houston S, Belcik K. Transforming Care at the Bedside. *Designing New Care Systems in an Age of Complexity*. *J Nurs Care Qual* 2006; 21:143-50.

Testi

7. Cicchetti A. L'organizzazione dell'ospedale. Fra tradizione e strategie per il futuro. Milano: Ed Vita e Pensiero Università, 2002.
8. Bergamaschi M. L'organizzazione nelle aziende sanitarie. Milano: Ed McGraw-Hill, 2000.

Gli Autori

Degan Mario, Dalla Riva Cristina: Unità Operativa Professioni Socio-Sanitarie - Azienda ULSS 5 - Ovest Vicentino; tel. 0444/479118; e-mail: servizio.professioni.sanitarie@ulss5.it
Dal Sasso Luigi: Direttore Medico Ospedaliero ULSS 5 - Ovest Vicentino
Bellometti Simona Aurelia: Direttore Sanitario ULSS 5 - Ovest Vicentino

La contenzione fisica

Caro collega, siamo due infermiere e lavoriamo in una casa di riposo [...]. Volevamo sottoporvi un problema riguardo l'utilizzo della contenzione fisica in un nostro ospite. [...]. Quando è entrato era già in condizioni molto scadenti: cachettico, malnutrito con piaghe da decubito importanti, pressoché allettato. Lui soffre di un disturbo psicotico per cui dal punto di vista cognitivo e relazionale è un signore completamente scollegato dalla realtà che non si riesce a "contattare" in nessun modo. Lui alterna fasi di assopimento a fasi dove è molto agitato. L'ospite soffre anche di disfagia. Il primo mese è riuscito ad alimentarsi, ma poi è subentrata una broncopneumonia ab ingestis e le condizioni già critiche sono peggiorate. L'ospite trattato con le flebo ha smesso di mangiare in quanto si trovava in uno stato soporoso. Il fratello, suo tutore, in un primo momento ha dichiarato di non voler trattamenti invasivi come il sondino o la PEG, ma [...] poi ha voluto un ricovero e il posizionamento del sondino naso-gastrico. Il nostro medico gli ha spiegato che comunque un sondino o la PEG non avrebbero risolto i problemi del fratello in quanto le sue condizioni erano comunque gravi, anzi avrebbero potuto prolungare le sue sofferenze. Ha parlato con lui di accanimento terapeutico. [...] in ospedale [...] l'ospite, che si è un pochino ripreso con la cura antibiotica, ha cercato di strapparselo più volte e per questo è stato "polsinato". Il fratello è venuto in struttura dicendo che quando sarebbe tornato anche noi avremmo dovuto "polsinarlo" per tenergli il sondino [...]. Adesso noi infermiere ci siamo chieste fino a che punto siamo costrette a seguire questa indicazione della contenzione. Noi riteniamo che il posizionamento del sondino e soprattutto la contenzione a letto 24 ore su 24 per alimentarlo forzatamente, in una persona così sia proprio accanimento e siamo in difficoltà ad accettare di farlo. Abbiamo pensato che se il medico ci prescrive la contenzione per 15 giorni per vedere se eventualmente le sue condizioni migliorano un po' da poter riprendere l'alimentazione, lo possiamo anche fare. Ma hanno già parlato

di due mesi [...]. Alla fine parlano di PEG. Ma noi dovremmo tenere l'ospite "polsinato" fino alla fine dei suoi giorni perché il fratello lo vuole? [...]. Quindi il nostro dilemma è: come ci comportiamo? Dobbiamo "polsinarlo" solo perché lo dicono o possiamo far valere i nostri principi in qualche modo? Potresti darci un consiglio? Grazie mille



Egregie colleghe, secondo la normativa vigente l'uso dei mezzi di contenzione è:

- consentito in casi eccezionali e giustificati dall'interesse terapeutico e con la salvaguardia della dignità della persona;
- attuato dietro prescrizione medica o documentata valutazione assistenziale contenente il mezzo da usare e la durata;
- accompagnato da un costante controllo del paziente sottoposto a contenzione da parte del personale infermieristico e medico.

La contenzione non deve essere un metodo abituale e deve essere motivata esclusivamente dalla sicurezza del paziente e solo qualora i mezzi alternativi e meno restrittivi si siano dimostrati inefficaci.

L'abuso dei mezzi di contenzione è punibile in base all'articolo 571 del Codice Penale "Chiunque abusa di mezzi di contenzione o di disciplina in danno di una persona sottoposta alla sua autorità o a lui affidata per ragione di educazione, cura o vigilanza, ovvero

"L'infermiere si adopera affinché il ricorso alla contenzione sia evento straordinario, sostenuto da prescrizione medica o da documentate valutazioni assistenziali".

Codice Deontologico 2009, all'art. 30

per l'esercizio di una professione, è punibile se dal fatto deriva il pericolo di una malattia nel corpo o nella mente [...] e all'articolo 610 del Codice Penale "L'uso non giustificato dei mezzi di contenzione potrebbe anche tradursi in accusa di aggressione e violenza".

Altrettanto sanzionabile è la mancata segnalazione, da parte degli operatori sanitari, all'autorità competente di maltrattamenti o privazioni a carico dell'assistito (art. 33 del Codice Deontologico dell'infermiere).

Sempre il Codice Deontologico, all'art. 30, prevede che "L'infermiere si adopera affinché il ricorso alla contenzione sia evento straordinario, sostenuto da prescrizione medica o da documentate valutazioni assistenziali".

La liceità o meno dell'atto discende dal giusto temperamento tra l'azione medesima e il danno che si intende evitare.

Dalla vostra descrizione mi sembra che, nel caso in oggetto, oltre alla protezione dell'assistito dal rischio di *ab ingestis* la contenzione assuma i connotati dell'accanimento terapeutico.

Ricordo che il medico non prescrive automaticamente ciò che è chiesto dal paziente o dal parente ma dovrebbe decidere in autonomia i trattamenti da porre in essere e acquisirne il consenso dal soggetto o dal suo tutore.

Nella delicata questione dell'accanimento terapeutico il medico è tenuto a seguire quanto statuito dal proprio Codice di Deontologia Medica 2006 all'art. 16 "il medico deve astenersi dall'ostinazione in trattamenti da cui non si possa fondatamente attendere un beneficio per la salute del malato e/o miglioramento della qualità di vita". Della mancata osservanza ne risponde all'Ordine professionale o all'autorità giudiziaria, se chiamato in giudizio.

Cordiali saluti.

Terapia post operatoria

Buongiorno, sono [...]e faccio parte del personale professionista dell'unità operativa di [...].

Parlerò in maniera personale, ma quanto è accaduto riguarda tutta la nostra equipe infermieristica.

Qualche giorno fa ho preso una bella "tirata di orecchie" dal mio Primario.

Questa è stata la sua accusa: non ho garantito l'assistenza alle pazienti operate quel giorno, dal momento che non ho fatto presente al medico di reparto che la grafica non era aggiornata per la terapia antibiotica.

Cosa gravissima, secondo lui, e se non gli avessi dato ragione, avrebbe scritto una lettera alla commissione disciplinare. Questa storia va avanti da un sacco di tempo. Per un po' i medici si "ricordano" di compilare la terapia, alla fine dell'intervento chirurgico, poi torna sempre il solito problema.

So benissimo che la mia mission deve essere rivolta principalmente al paziente, ma in questo caso non mi sento responsabile di quanto accaduto. I medici hanno un protocollo, firmato dal loro dirigente, che dice: "la terapia nel post-operatorio deve essere trascritta dal medico di sala operatoria". [...] Spero di essermi spiegata, [...] mi sono sentita umiliata e offesa, lavoro da [...] anni e non vedo perché debba essere il capro espiatorio di una situazione che riguarda i medici. Io faccio il mio lavoro e penso: ad ognuno il proprio! [...]

Desidererei avere un suo parere al merito che riferirò alle colleghe e alla mia coordinatrice.

Egregia collega,

al centro della nostra attenzione sta la paziente. I professionisti sanitari hanno precisi obblighi di protezione e controllo nel momento in cui "prendono in carico" il paziente, indipendentemente da distinzioni di competenze o da una semplice interpretazione letterale dei loro compiti.

Negli ultimi anni si è fatto strada il principio, affermato dalla giurisprudenza (Cassazione 13.9.2000 n° 9638, Cassazione sez. IV, 11.3.2005 n° 9739, Cassazione, sez. IV, 6.10.2006,



n° 33619) secondo cui tutti gli operatori di una struttura sanitaria sono titolari di una posizione di garanzia che li obbliga a tutelare la salute dei pazienti contro qualsiasi pericolo per l'intero tempo del turno di lavoro. Tutto il personale sanitario non può esimersi dal conoscere e valutare le attività degli altri componenti dell'equipe in modo da porre rimedio a eventuali omissioni, purché siano evidenti per un professionista medio.

La prescrizione della terapia antibiotica costituisce senza dubbio un compito riservato in via esclusiva al medico, sia esso di sala operatoria piuttosto che di reparto. Da quanto descritto, la minaccia di sanzione disciplinare appare fuori luogo. L'approccio del Direttore dell'unità operativa non contribuisce certo ad una corretta definizione e applicazione del percorso diagnostico - terapeutico delle pazienti.

Il profilo professionale stabilisce che compete all'infermiere la "corretta applicazione delle prescrizioni diagnostico-terapeutiche". L'infermiere, quindi, deve agire non soltanto dietro prescrizione, bensì rendendosi garante della corretta applicazione.

Nei rapporti tra il medico e l'infermiere la giurisprudenza si è espressa nei termini di un'attività di somministrazione dei farmaci che deve essere eseguita dall'infermiere non in modo meccanicistico, ma in modo collaborativo con il medico. In altre parole non si tratta di una prova di forza tra due figure professionali ma di un concorrere assieme alla salute e al bene

della paziente, ognuno nel suo ambito di competenza.

Alla luce di quanto descritto dal profilo professionale e di quanto prescrive il nostro Codice Deontologico (art. 22 e art. 29) tacere la mancata prescrizione di una terapia farmacologica, che i percorsi terapeutici invece prevedono, non è lecito. Neppure se la competenza è chiaramente di un'altra figura professionale.

Per ovviare a questi spiacevoli episodi e per meglio tutelare la salute delle pazienti, una prassi molto in uso è la prescrizione secondo protocollo terapeutico, che viene approntato soprattutto per la terapia infusiva. Può essere sufficiente una prescrizione in cartella clinica del tipo "terapia secondo protocollo n. 1" a condizione che il protocollo stesso sia inserito all'interno della cartella clinica, diventandone parte integrante, e sia sottoscritto dal medico richiedente. Il protocollo deve essere costituito da tutti gli elementi di una prescrizione di terapia con riguardo alla quantità di farmaci e/o di liquidi da somministrare, agli orari di somministrazione, alla via, ...

Rimane chiaro che il Direttore dell'unità operativa è garante e responsabile ultimo del comportamento della sua equipe e ha l'onere di indirizzo e sorveglianza nella definizione e applicazione dei criteri diagnostici e terapeutici che i dirigenti medici a lui sottoposti applicano. In quanto tale non può esimersi dall'affrontare e risolvere i problemi legati alla mancata prescrizione dell'antibioticoterapia.

12 Maggio 2012

Giornata internazionale dell'infermiere

Come tutti noi sappiamo il 12 maggio 1820 è nata Florence Nightingale, fondatrice delle Scienze infermieristiche moderne. *L'International Council of Nurses* (l'Icn è una Federazione di più di 130 Associazioni nazionali infermieristiche, che rappresentano più di 13 milioni di infermieri nel mondo) ricorda questa data celebrando in tutto il mondo la *Giornata internazionale dell'Infermiere*.

Il 12 maggio scorso è stata una giornata importante per gli infermieri non solo per l'annuale celebrazione dedicata alla professione (Giornata Internazionale dell' infermiere) ma per la puntuale attenzione al mondo sanitario in costante evoluzione, dimostrando una viva volontà a coglierne le sfide.

A coronamento di un'evoluzione culturale culminata con l'approvazione di norme che hanno sancito il carattere intellettuale, l'autonomia e la responsabilità della professione infermieristica, è stata organizzata una iniziativa che ha rispecchiato esattamente questo intento: **"Lo sviluppo della cultura infermieristica per il miglioramento dell'assistenza"** dando spazio a diverse esperienze professionali a firma di alcuni infermieri appartenenti al collegio di Vicenza.

Un'occasione per presentare esperienze diversificate a dimostrare la versatilità professionale dall'alto valore di contenuto e di metodo scientifico.

Presenziare a questo momento è stata un'occasione formativa ma anche altamente significativa perché ha permesso di conoscere lo sviluppo culturale che la professione infermieristica ha raggiunto in questi anni.

In apertura di convegno è intervenuto il dott. Giovanni Giuliani, assessore alla famiglia e alla pace, per portare il saluto da parte del sindaco di Vicenza, dott. Achille Variati. Nell'occasione l'assessore ha espresso grande interesse per l'evento viste le funzioni e il ruolo delle autonomie locali, e in particolare dei Comuni, nei confronti della tutela della salute e dei servizi sanitari .

VICENZA
IPASVI

12 maggio 2012

Giornata internazionale dell'infermiere
"CRESCERE CON GLI INFERMIERI"

CONVEGNO GRATUITO:
"SVILUPPO DELLA CULTURA INFERMIERISTICA PER IL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ DELL'ASSISTENZA"

PROGRAMMA:

- 9.30 registrazione
- 9.45 apertura lavori con il saluto delle autorità
- 10.15 prima presentazione di 3 esperienze professionali sviluppate nel territorio vicentino
- 10.30 pausa
- 11.00 seconda presentazione di 3 esperienze professionali sviluppate nel territorio vicentino
- 11.15 dibattito
- 11.30 compilazione questionario ECM e chiusura lavori.

Alfa Fiera Hotel
Via dell'Oreficiera, 50 Vicenza
(zona fiera Vicenza Ovest)

Per iscrizioni visita il sito:
www.vicenzalpasvi.it

"SUPPORTO ALLA VITA CON IL CITTADINO"

Corso di supporto delle funzioni vitali di base adulto/pediatrico

Plazza delle Poste - Vicenza
10,00 - 13,00 e 15,00 - 18,00

L'angolo dei bambini
IL LUDOBUS - Arciragazzi Vicenza

Tanti giochi per i bambini

Plazza delle Poste - Vicenza
dalle 15,00 alle 18,00

Il conflatore PINO COSTALUNGA
Legge e riabilita i bambini e i genitori di paura e timore

Alle 16,00 in Piazza delle Poste - Vicenza

Benito Maresco
Inf. Coord. Manager Medicina Interna Azienda ULSS 6 Vicenza

Maria Cristina Pella
Inf. Ref. Area Qualità e Ricerca Serv. Prof. San. Azienda ULSS 3 Bassano del Grappa

Antonella Mosella
Inf. Resp. Coord. Assistenza Residenzialità Territoriale Bassano del Grappa

Luisa Anna Eigan
Inf. Presidente Scuola Formazione In Agorà

Lorenzo Musella
Inf. Pronto Soccorso Azienda ULSS 3 Ovest Vicenza

Elio Sartori
Inf. Cardiologia Azienda ULSS 4 Anà/Vicenza

Federico Fregi
Infermiere Pediatrico Collegio IPASVI Vicenza

Bilko Staff
Inf. Immunologica Azienda ULSS 3 Vicenza

Collegio I.P.A.S.V.I. della Provincia di Vicenza
Viale Trieste 29/c, 38100 Vicenza - Tel. e fax 0444 302313 - email: vicenzalpasvi@vicenzalpasvi.it - PEC: vicenza@pasvi.legalmail.it





Nella sala convegni dell'Alfa Hotel si sono succeduti i vari relatori invitati, sotto la regia del presidente del Collegio IPASVI di Vicenza Dr. Federico Pegoraro, coadiuvato dalle consigliere Valeria Rossetto e Sonia Cappozzo, dalla segretaria Barbara Pozza e da tanti studenti del corso di Laurea in Infermieristica delle sedi di Vicenza e di Montecchio Precalcino.

- **Antonella Mosele¹** e **Luisa Anna Rigon²**, hanno trattato il tema della relazione d'aiuto con la persona

1 Antonella Mosele, Infermiera responsabile coordinamento Assistenziale Residenzialità Territoriale Azienda ULSS 3 Bassano del Grappa;

2 Luisa Anna Rigon, Infermiera Presidente Scuola Formazione in Agorà

affetta da demenza in strutture residenziali, attraverso l'applicazione sperimentale di un piano assistenziale Infermieristico.

- **Maria Cristina Polita³** ha presentato le strategie per affrontare le difficoltà comunicative di pazienti con gravi deficit della parola utilizzando il sistema della comunicazione aumentativa-alternativa.

- **Lorenzo Musella⁴** ha presentato una

3 Maria Cristina Polita, Infermiera Referente Area Qualità e Ricerca Servizio Professioni Sanitarie Azienda ULSS 3 Bassano del Grappa

4 Lorenzo Musella, Infermiera Pronto Soccorso Azienda ULSS 5 Ovest Vicentino

revisione (sistematica) delle letteratura sull'uso della tecnica ad ultrasuoni FAST eseguita dagli infermieri del Dipartimento di Emergenza.

- **Elio Sartori⁵** ha presentato un censimento degli ambulatori dedicati allo scompenso cardiaco nella Regione Veneto, evidenziando il ruolo dell'infermiere.

- **Renato Moresco⁶** Case Manager Infermieristico all'interno del Dipartimento medicina ULSS 6 ha presentato il modello organizzato per intensità di cure e le funzioni dell'infermiere Case Manager per il miglioramento dell'appropriatezza clinico assistenziale e la definizione di ambiti specifici di intervento.

- **Erika Storti⁷** ha presentato una ricerca, seguendo il modello della metodologia sociale, che ha permesso di indagare il vissuto di malattia di alcune pazienti affette dalla sindrome di Tako Tsubo, una cardiopatia transitoria che simula la sintomatologia dell'infarto al miocardio. La ricerca ha consentito di individuare specifici bisogni educativi dei pazienti.

Una carrellata di esperienze non solo nell'ambito della clinica e dell'assistenza ma anche negli ambiti della ricerca, della formazione e dell'organizzazione. Con le esperienze gli infermieri che hanno relazionato hanno dimostrato il livello di competenza e lo sviluppo culturale raggiunto dalla professione. Elementi che confermano un ruolo sempre più importante per il cittadino, per la comunità e per la sanità di oggi e di domani.

TUTTE LE RELAZIONI PRESENTATE SONO DISPONIBILI SUL SITO DEL COLLEGIO IPASVI DI VICENZA in forma integrale
www.vicenzaipasvi.it

5 Elio Sartori, Infermiere Cardiologia Azienda ULSS 4 Alto Vicentino

6 Renato Moresco, Infermiere Case manager Medicina Interna Azienda ULSS 6 Vicenza

7 Erika Storti, Infermiere Servizio di Emodinamica Azienda ULSS 6 Vicenza



Per tutta la caldissima giornata del 12 maggio in Piazza delle Poste gli infermieri hanno intrattenuto la cittadinanza, "Crescere con gli infermieri" questo lo slogan che ha titolato le diverse iniziative.

Per i bambini un avvincente Pino Costalunga, cantastorie professionista, ha letteralmente rapito tutti i piccoli che attraversavano la piazza per più di un'ora, gli animatori del Ludobus hanno fatto giocare i più piccoli nei grandi tappetoni, i più grandicelli erano in fila per il trucco del volto e al termine della giornata è stato proposto un magnifico e coloratissimo gioco con il Paracadute.

Sono stati allestiti due gazebo per offrire a tutti i passanti la rilevazione di alcuni parametri come la Pressione Arteriosa, l'esecuzione dello stick glicemico e la valutazione del percentile di crescita nei bambini. Grazie alla collaborazione di dieci studenti del corso di Laurea con maglietta e capellino IPASVI, guidati da Lucia Maron e da Leila Barreto, due consigliere del Collegio, sono stati eseguiti più di 100 stick glicemici, sono state rilevate altrettante Pressioni Arteriose e sono stati eseguiti circa 150 valutazioni del percentile di crescita nei bambini. Nel gruppo degli anziani i valori della PA riscontrati sono stati nel 30% dei casi

al di sopra del range; si è trattato di persone già in trattamento con anti-pressivi ai quali gli infermieri hanno dato alcuni suggerimenti di igiene alimentare e di educazione sanitaria. Il 50% degli stick glicemici eseguiti ha rilevato una glicemia alterata, anche in questo caso gli infermieri hanno dato alcune indicazioni di educazione sanitaria.

Per promuovere la sana alimentazione dei bambini sono stati offerti gli yogurt della Centrale del Latte di Vicenza che ha contribuito a sostenere l'iniziativa. Sono stati valutati il peso, l'altezza e l'età di 130 bambini e con l'aiuto di un grafico "Centili Italiani di riferimento [2-20 anni] per altezza,





peso” sono stati calcolati i relativi percentili di crescita. Si sono sottoposti alla valutazione circa 50 femmine e circa 80 maschi, la maggior parte è risultata essere in regola con i valori di riferimento. Ad ogni genitore è stato consegnato un depliant contenente la Piramide alimentare e le “Regole d’oro per la sana alimentazione dei bambini” tratto da “Linee Guida per una Sana Alimentazione Italiana” da www.sinu.it/larn - Ministero della Salute.

**SUPPORTO ALLA VITA
CON IL CITTADINO**

Un gruppo di infermieri esperti in rianimazione cardiopolmonare composto da Roberto Guerra, Mara Gallo, Giovanni Vescovi e Alice Borgo coordinati da Stefano Bigarella, infermiere del SUEM e componente del Consiglio Direttivo del Collegio, ha realizzato dei corsi di formazione allo scopo di promuovere la figura dell’infermiere nel ruolo di docente/formatore e di offrire e dif-



(Il Direttore Sanitario dell’Ulss 6 Dr Eugenio Fantuz e il gruppo di lavoro in Piazza)

fondere tra la popolazione le conoscenze teorico/pratiche aggiornate alle ultime linee guida internazionali in materia.

Grazie alle tende, ai gazebo, e al prezioso supporto tecnico offerti dalla Croce Rossa comitato di Vicenza e la Protezione Civile di Vicenza è stato possibile realizzare 8 corsi dei quali 4 sulla rianimazione dell'adulto e 4 pediatrici; il corso teorico-pratico prevedeva un impegno di circa 90 minuti durante i quali sono state presentate le modalità di azione per affrontare nel modo corretto situazioni di estrema urgenza come l'arresto cardiaco in ambito adulto e pediatrico e un momento. Lo scopo era quello di insegnare alle persone a mettere in atto semplici manovre che possono evitare i temuti danni cerebrali che possono verificarsi nel tempo che intercorre tra l'inizio dell'evento e l'arrivo del 118. I cittadini che hanno accolto questa proposta, sotto la guida di infermieri esperti formatori, hanno potuto esercitarsi su manichini simulatori (adulto, bambino, lattante) sperimentando le tecniche di rianimazione cardiopolmonare come il massaggio cardiaco e la ventilazione. I 60 partecipanti, al termine del corso, hanno ricevuto un attestato di partecipazione rilasciato a nome del collegio IPASVI di Vicenza.

In piazza delle poste erano presenti anche un'auto-medica ed un'ambulanza con relativi equipaggi messi a disposizione dal S.U.E.M. 118 di Vicenza al mattino ed al pomeriggio una ambulanza del UO Pronto Soccorso Azienda Ulss 5 "Ovest vicentino".



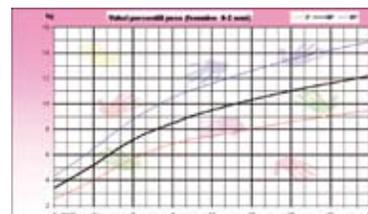
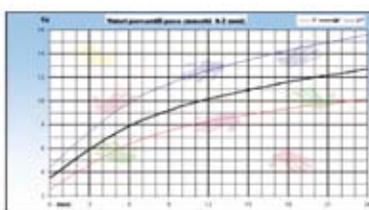
Le Regole d'Oro per la sana alimentazione di tuo figlio

- ✓ Spuntini a base di frutta fresca
- ✓ Yogurt o crackers oppure un gelatino d'estate
- ✓ A pranzo e a cena un contorno a base di verdura cruda o cotta
- ✓ Legumi come valida alternativa a carne, pesce, formaggio, uova o prosciutto
- ✓ Acqua al posto di bevande dolci o gassate
- ✓ Variare a pranzo i secondi piatti durante la settimana: 2-3 volte la carne e il pesce; 2 volte i legumi e il formaggio; 1-2 volte il prosciutto crudo e l'uovo
- ✓ Spezie e aromi al posto dei grassi da condimento.



LO SAPEVI CHE...

- la mela è un frutto ricco di vitamine ma soprattutto di fibre, che aiutano a tenere basso il livello di colesterolo;
- saltare la prima colazione, causa ipoglicemia secondaria al digiuno, riduce la concentrazione mentale e può favorire l'obesità;
- prima della cottura dei legumi secchi è opportuno metterli in ammollo per almeno 12-24 ore e l'acqua va cambiata 2-3 volte perché così, diminuisce la quantità di sostanze meno digeribili;
- otteniamo il massimo beneficio da frutta e verdura se li consumiamo freschi e crudi.



Piano sanitario veneto: per infermieri salto di qualità ai livelli europei

Venezia 27 giu. 2012

“La professione infermieristica con il nuovo piano socio sanitario approvato nei giorni scorsi dal Consiglio regionale registra, in Veneto, un passo in avanti che la proietta decisamente verso il Nord Europa”. Lo ha affermato **Luigino Schiavon** presidente del coordinamento veneto dell’Ipasvi la Federazione Nazionale che rappresenta infermieri professionali, assistenti sanitari e vigi-
latrici d’infanzia nel corso di una conferenza stampa organizzata a palazzo Ferro-Fini in collaborazione con il presidente della commissione sanità dell’assemblea regionale **Leonardo Padrin** e con il capogruppo de Pdl **Dario Bond**.

“La novità di maggior rilievo - ha spiegato Schiavon - è la possibilità di ampliare il ruolo professionale dei quasi 34 mila infermieri veneti, tra l’altro sempre più qualificati dai diplomi di laurea conseguiti negli ultimi anni dai più giovanili di essi. Gli infermieri, grazie al nuovo piano, potranno, infatti, ricoprire incarichi di massimo rilievo gerarchico soprattutto nei servizi sanitari territoriali destinati ad ampliarsi sempre di più e di svolgere importanti ruoli nella fase gestionale con funzioni di analisi e programmazione dei fabbisogni di personale e di formazione, di monitoraggio e valutazione dei processi assistenziali e di innovazione e sviluppo”.

“Questo significativo passo in avanti - ha proseguito il coordinatore dell’Ipasvi veneto - accresce la responsabilità degli infermieri non solo nei confronti dei pazienti, come fino ad oggi si è verificato, ma anche nei confronti del complesso dell’organizzazione sanitaria anche in termini di bilancio. È nostra intenzione “fare lobby” affinché queste nuove attribuzioni vengano definite anche nelle “schede” di dotazione ospedaliera e di dotazione territoriale che verranno definite nei prossimi mesi”.

“Da rilevare inoltre a conferma dell’importanza del ruolo della figura dell’infermiere e del suo impegno - ha concluso Schiavon - che a fronte del blocco del turn over (basta pensare che solo il 50% dei neolaureati ha trovato assunzione stabile) la qualità dell’assistenza non è diminuita”.

“Questa evoluzione irreversibile della professione infermieristica che le apre la strada fino a responsabilità apicali - ha osservato dal canto suo il presidente della commissione sanità Padrin - è la conferma dell’evoluzione complessiva della sanità veneta che il nuovo piano

definisce”. Soddisfazione per il “giro di boa” che il piano sanitario veneto costituisce per la professionalità degli infermieri è stata espressa anche dal capogruppo del Pdl Dario Bond che ha voluto ringraziare l’intero Consiglio per l’impegno legislativo espresso”.

Data:

giovedì 28.06.2012

**IL GIORNALE
DI VICENZA**

Estratto da Pagina:

6

SANITÀ/1. Ipasvi

«Infermieri salto di qualità con il nuovo Piano veneto»

VENEZIA

«La professione infermieristica con il nuovo piano socio sanitario regionale registra, in Veneto, un passo in avanti che la proietta verso il Nord Europa». Lo ha affermato **Luigino Schiavon** presidente del coordinamento veneto dell’Ipasvi, la Federazione Nazionale che rappresenta infermieri professionali, assistenti sanitari e vigi-
latrici d’infanzia nel corso di un incontro organizzato a palazzo Ferro-Fini in collaborazione con il presidente della commissione sanità dell’assemblea regionale **Leonardo Padrin** e con il capogruppo de Pdl **Dario Bond**.

«La novità di maggior rilievo - ha spiegato Schiavon - è la possibilità di ampliare il ruolo professionale dei quasi 34 mila infermieri veneti, tra l’altro

sempre più qualificati dai diplomi di laurea conseguiti negli ultimi anni dai più giovanili di essi. Gli infermieri, grazie al nuovo piano, potranno ricoprire incarichi di massimo rilievo gerarchico soprattutto nei servizi sanitari territoriali destinati ad ampliarsi sempre di più e di svolgere importanti ruoli nella fase gestionale con funzioni di analisi e programmazione dei fabbisogni di personale e di formazione, di monitoraggio e valutazione dei processi assistenziali e di innovazione e sviluppo. È nostra intenzione fare lobby - afferma - affinché queste nuove attribuzioni vengano definite anche nelle schede di dotazione ospedaliera e territoriale che verranno definite nei prossimi mesi».

«Questa evoluzione irreversibile della professione infermieristica che le apre la strada fino a responsabilità apicali - ha osservato il presidente della commissione sanità Padrin - è la conferma dell’evoluzione complessiva della sanità veneta che il nuovo piano definisce». Soddisfazione per il “giro di boa” che il piano sanitario veneto costituisce per la professionalità degli infermieri è stata espressa anche dal capogruppo del Pdl **Dario Bond**. ●



Collegio Provinciale IPASVI di Vicenza

MODULO DI ISCRIZIONE AI CORSI



* I dati relativi ai corsi potrebbero subire delle variazioni, fare riferimento al sito www.vicenzaipasvi.it per gli eventuali aggiornamenti.

Modalità di iscrizione: (i punti 3 e 4 non sono da effettuare in caso di corsi gratuiti)

- 1 Telefonare al N. 0444-514311** a partire da 30 giorni prima del corso (vedi **Apertura iscrizioni**) per richiesta disponibilità e conferma **immediata** dell'iscrizione al corso (martedì e giovedì ore 10.00-12.30)
- Dopo aver ricevuto conferma telefonica, **compilare** il Modulo di iscrizione (vedi fondo pagina e/o sito del Collegio) ed **inviarlo** per mail a ecm.ammin@vicenzaipasvi.it o per fax al n. 0444-514311
- Effettuare il pagamento** della quota di partecipazione al corso sul c/c/p n. 53229126 intestato al Collegio Provinciale IPASVI di Vicenza entro 7 giorni dalla conferma telefonica, (pena l'annullamento dell'iscrizione stessa)
- Inviare copia del bollettino** pagamento effettuato via mail o fax n. 0444-514311

Attenzione:

- ▼ Verranno accettate iscrizioni fino ad esaurimento dei posti disponibili. Le iscrizioni che perverranno prima della data definita non saranno prese in considerazione.
- ▼ L'accettazione dell'iscrizione al corso è subordinata al pagamento della quota annuale di iscrizione al collegio.
- ▼ Non verranno rimborsate le quote di iscrizione per nessun motivo. Per non perdere la quota di iscrizione sarà possibile effettuare una variazione del nominativo del partecipante, anche in sede congressuale.
- ▼ Se il corso è gratuito la suddetta procedura è valida solo per i punti 1 e 2.

**Per ogni informazione telefonare alla
SEGRETARIA CORSI ECM COLLEGIO IPASVI VICENZA
Tel. 0444-514311 martedì - giovedì 10.00-12.30**

Dati corso*

Iscrizione al Corso "Essere" o "Fare" i coordinatori? Un percorso formativo/esperienziale per lo sviluppo delle competenze del coordinatore infermieristico

Crediti ECM in accreditamento

Docenti: Dott.ssa Marta Boaretto (Psicologa-Psicoterapeuta), Dott. Alessandro Copes (Psicologo - Psicoterapeuta)

Costo: € 90,00 (per i soli iscritti IPASVI Vicenza) € 140,00 (per i non iscritti a Vicenza)

Destinatari: Coordinatori/ Caposala Infermieristici max. 25 iscritti

Venerdì 21 - 28 settembre (8.30-17.30) e **venerdì 7 dicembre 2012** (8.30-13.00) **Apertura iscrizioni** a partire da 21.08.2012

Sede: Ex Ospedale di Schio - Via C. De Lellis - Schio

Venerdì 12 - 19 ottobre (8.30-17.30) e **venerdì 14 dicembre 2012** (8.30-13.00) **Apertura iscrizioni** a partire da 13.09.2012

Sede: Ospedale San Bassiano - Aula Informatica - Via Lotti 40 - Bassano

Dati corso*

Iscrizione al Corso "Collaborare in equipe: strategie e strumenti per potenziare le risorse del gruppo di lavoro"

Crediti ECM in accreditamento

Docenti: Dott.ssa Marta Boaretto (Psicologa-Psicoterapeuta), Dott. Alessandro Copes (Psicologo - Psicoterapeuta)

Costo: € 70,00 (per i soli iscritti IPASVI Vicenza) € 110,00 (per i non iscritti a Vicenza)

Destinatari: Infermieri, Infermieri Pediatrici e Assistenti Sanitari, max 25 partecipanti.

Giovedì 4 - 11 ottobre 2012 (8.30-17.30) **Apertura iscrizioni** a partire da 4.09.2012

Sede: Ospedale di Lonigo - Centro Formazione - Piazza Martiri della Libertà 9 - Lonigo

Giovedì 8 - 15 novembre 2012 (8.30-17.30) **Apertura iscrizioni** a partire da 9.10.2012

Sede: Ospedale San Bassiano - Aula Informatica - Via Lotti 40 - Bassano

Dati corso*

Iscrizione al Corso gratuito "Il nuovo Piano Socio Sanitario Regione Veneto 2012-2016"

GRATUITO

Docenti: Dottor Luigino Schiavon e Dottor Federico Pegoraro

Destinatari: Infermieri, Infermieri Pediatrici e Assistenti Sanitari

Ottobre **Novembre** SEDE e DATE PRECISE: visita il sito www.vicenzaipasvi.it

Modulo di iscrizione

Dati partecipante

Codice Fiscale

Cognome e nome

Via con numero civico

CAP

Comune

Provincia

Telefono/Cellulare

E-mail

Professione

Albo di appartenenza

Provincia Albo

Scelta corso

Data e sede

Provincia in cui opera prevalentemente

Profilo lavorativo attuale

Dipendente del SSn

Convenzionato del SSN

Libero professionista in ambito sanitario

Altro (specificare) _____

Ai sensi del DLgs. 196/2003, autorizzo il Collegio IPASVI di Vicenza al trattamento dei dati personali ai soli fini di organizzazione del corso/convegno.

Firmando e inviando il presente modulo accetto integralmente le modalità di iscrizione sopra descritte e dichiaro che quanto compilato corrisponde al vero.

Data

Firma