



# INFERMIER

*notizie dal collegio*

OTTOBRE DICEMBRE 2012

INFORMAZIONI



### Attualità

Presentazione del progetto della Patologia Neonatale ULSS 6

### Formazione

Il ruolo del Collegio IPASVI nella Formazione continua ECM

### Approfondimento

La prospettiva infermieristica nel dibattito dell'eutanasia

### News

Resoconto attività istituzionale Collegio 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.

ISSN 1721-2456  
Quadrimestrale,  
Anno XIII Numero 3

Direttore responsabile  
Gianmaria Fanchin

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](mailto:vicenzaipasvi@vicenzaipasvi.it)

Progetto grafico  
Net evolution Srl  
[www.net-evolution.com](http://www.net-evolution.com)

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

Foto:  
Archivio Ipasvi Vicenza



Editoriale	5
“Ricadute ai tagli della sanità”	6
Il counselling prenatale e la comunicazione con i genitori in TIN	8
La prospettiva infermieristica nel dibattito dell'eutanasia	10
Il ruolo del collegio ipasvi nella formazione continua ecm	15
Angolo giuridico	18
Resoconto attività istituzionale Collegio IPASVI Vicenza	20

**EDITORIALE**  
**FORMAZIONE**  
**AGGIORNAMENTO**  
**VITA ASSOCIATIVA**  
**BIBLIOTECA**  
**APPROFONDIMENTI**  
**ANGOLO GIURIDICO**  
**NEWS**



**Carissima/o collega,**

vorrei tentare di esprimere in queste poche righe alcuni pensieri rispetto all'anno appena trascorso, definito da molti alquanto impegnativo nonché importante per la nostra figura professionale.

Negli ultimi 12 mesi il Collegio IPA-SVI ha affrontato, catalizzati dagli eventi politico-economico del nostro Paese, alcuni cambiamenti che hanno portato lo stesso Collegio a confrontarsi in merito a quanto successo, come ci ricordano puntualmente i mass-media e che riporto di seguito come titoli di articoli: *“come cambierà l'assistenza negli ospedali in corsia?”*- *“rischio chiusura ospedali”* – *“una sanità ridisegnata da una spending review”* – *“taglio di letti...via i reparti inutili”* – *“tagli del governo sulla sanità”* – *“pochi gli infermieri”*- *“ambulatori a rischio”*, e molto altro che tralascio per non annoiare.

#### **Un scenario allarmante.**

Tuttavia la nota riforma n. 833 del 1978, del Servizio Sanitario Nazionale – ci ricorda - che per la prima volta nel nostro ordinamento si assistette allora all'introduzione di due principi fondamentali: quello della uguaglianza e universalità del servizio sanitario e quello della copertura dell'intero ciclo di intervento assistenziale nei profili di prevenzione, cura e riabilitazione.

Ritornando ai tempi più recenti, con la riforma costituzionale del 2001 e con la novellazione dell'art. 117 della Costituzione e l'incipit dell'art. 32 della Costituzione, la tutela giuridica del diritto alla salute, individuale e collettiva, risulta essere una conquista e una realtà assoluta.

Partendo da una delle massime del grande scienziato Galilei: *“misura ciò che è misurabile e rendi misurabile ciò che non è misurabile”*, da qui lo stimolo a porre l'attenzione in questo editoriale di fine anno sulla spesa sanitaria.

La spesa sanitaria e la crescita della stessa è più che mai al centro di forti dibattiti tra esperti della materia e non, dal governo al singolo cittadino; tuttavia è opportuno proporre delle considerazioni tratte dall'autorevole trimestrale Monitor

n. 30/2012 (a cura Cesare Cislaghi e Francesca Giuliani) dove si parla dell'evoluzione della spesa sanitaria:

*“[...] in Italia la spesa sanitaria media pro-capite risulta inferiore rispetto a quella di Paesi come Stati Uniti, Francia, Germania, Regno Unito e Canada. Se consideriamo il solo incremento della spesa sanitaria, l'Italia è tra le nazioni in cui la spesa è cresciuta di meno.*

*Seguendo un approccio economico potremmo affermare che la spesa sanitaria ha uno stimolo a crescere fintanto che l'utilità marginale dell'incremento della stessa risulta positivo; naturalmente ciò vale nell'ipotesi di risorse illimitate, mentre la realtà è condizionata dalle utilità marginali degli altri settori che non possono essere inferiori a quelle della spesa sanitaria.*

*Oggi, comunque, siamo molto lontani dalla situazione di utilità marginale nulla, e quindi la spesa sanitaria è libera di crescere perché la domanda di sanità è tutt'altro che completamente soddisfatta, ma se tende ad aumentare, è anche perché viene considerato che una sua crescita sia più utile di quella degli altri settori economici.*

*La correlazione fra il PIL e la spesa sanitaria in diverse nazioni, ci indica che più una nazione è “ricca”, cioè il suo PIL procapite è maggiore, più la percentuale del PIL destinata alla sanità risulta superiore.*

*D'altro canto, più una nazione è “povera”, minore appare la quota dei fondi destinati alla sanità.*

*Ciò è contrario al comportamento che ci si attenderebbe, per un bene “essenziale” che assorbe percentualmente più risorse tra i poveri che tra i ricchi.*

*Paradossalmente si può dire che la spesa sanitaria si comporta come le spese per i beni di lusso.*

*Se nel mondo la percentuale di risorse dedicate alla sanità decresce al decrescere della ricchezza, aspettiamoci allora che in un periodo di stagnazione o di recessione la quota di spesa sanitaria pubblica, possa diminuire rispetto al totale della spesa.*

*Si può quindi supporre che il concetto di “essenzialità” della sanità*

*non sia ritenuto tale dai governi nazionali, e quindi non si può pensare che ci sia un “giusto” valore della spesa sanitaria, sia in termini assoluti che relativi.*

*È di conseguenza corretto ritenere che la determinazione dell'entità della spesa sanitaria sia dipendente dalla ricchezza del paese e, quindi, la sua determinazione sia fondamentalmente compito di politica economica [...]”.*

*Rispetto a quanto sopra riportato, appare evidente che nella situazione attuale forte rimane la pressione decisionale dello Stato/Regione rispetto alla determinazione dei “sacrifici” che dovranno essere sostenuti dai cittadini per tentare di mantenere garantita l'assistenzialità pubblica, quale diritto affermato dalla Costituzione.*

*Da parte nostra, benché possa essere scarsamente valorizzato il ruolo del singolo professionista in tutta questa partita, bisogna aver presente che **la vera forza nasce dal “gruppo”**: infatti, il Collegio Provinciale, solo assieme a tutti i Collegi d'Italia federati, potrà mettere in atto azioni incisive affinché venga mantenuta e pertanto assicurata un'assistenza equa e di qualità per tutti i cittadini.*

*Il gruppo del Collegio IPASVI di Vicenza è partito “col piede giusto” verso questa direzione, dedicando passione ed impegno nelle attività istituzionali nella garanzia dell'effettiva rappresentatività della professione, prefiggendosi anche futuri obiettivi sia di continuità che di rinnovamento.*

*Ringrazio quindi tutti i colleghi consiglieri per l'intervento profuso, richiedendo loro prosecuzione di impegno e costanza, come dimostrato in quest'ultimo anno, nel portare avanti le difficili sfide future che si dovranno affrontare.*

*Concludo con un slogan che ben identifica il mio pensiero: **“Insieme per vincere!!”***

*Auguro a te, carissima/o collega, un sereno Natale e un proficuo 2013, auspicio spesso in nostra compagnia.*

■ **di Federico Pegoraro**  
Presidente

# Spending Review:

## Le ripercussioni conseguenti ai tagli in Sanità.

La spending review si aggira nelle corsie degli ospedali con la stessa velocità del virus dell'influenza. Tutti ne parlano evidenziando una conoscenza differenziata ma diffusa. La grande azione di riforma del sistema passa inesorabilmente e unicamente attraverso i tagli economici, dei posti letto, delle prestazioni. Viviamo con preoccupazione le allarmanti notizie che i media veicolano costantemente e attendiamo di vederne gli effetti.

Ma quali sono le conseguenze di questa crisi? Che cosa è effettivamente cambiato in ambito sanitario?

A risentire di più gli effetti di questa crisi sono gli anziani. La conferma arriva dal Rapporto Italia 2012 dell'Eurispes. Infatti, nel 2011, l'81,5% degli anziani indica un deterioramento della propria condizione economica rispetto al 74,8% dell'anno precedente. Non solo, ma dal vasto studio denominato "Nutrage" emerge chiaramente che gli over 65 italiani mangiano troppo poco e soprattutto male. Un dato impressionante se si pensa che la malnutrizione può aumentare del 25% la possibilità di ricovero in ospedale.

Secondo i ricercatori la ragione principale della malnutrizione negli anziani del nostro paese è di tipo economico, dato confermato da un'indagine promossa dal Ministero della Salute che evidenzia come il 70% degli anziani fa fatica ad arrivare alla fine del mese. Inoltre gli anziani sarebbero doppiamente colpiti dalle manovre correttive. Da un lato, infatti, stanno contribuendo quali ammortizzatori sociali d'emergenza al reddito delle generazioni più giovani grazie alla sostanziale stabilità degli introiti che percepiscono. Dall'altro sono visti, dalle recenti manovre governative messe in atto per far fronte alla crisi strutturale del Paese, come "soggetti privilegiati" sui quali poter applicare riduzioni della spesa pubblica. Ma questi soggetti privilegiati stanno ri-



nunciando a curarsi.

Gli anziani con reddito al minimo non riescono più a far fronte alle spese e si riducono le visite.

Le famiglie tagliano l'assistenza.

Se gli anziani con reddito minimo riducono visite sanitarie e cure, un'indagine realizzata dall'Osservatorio Sanità di UniSalute, che ha preso in esame alcune delle più comuni visite mediche a cui ci si sottopongono gli italiani, mette in evidenza un diffuso utilizzo delle strutture private, apprezzate per i tempi rapidi, il servizio ed il comfort.

Nell'ultimo anno, ad esempio, l'85% degli italiani intervistati si è rivolto ad un dentista privato. Una scelta obbligata in quanto l'offerta pubblica è prevista solo per specifici casi e fornita esclusivamente ad alcune fasce della popolazione. La conseguenza è che gli italiani devono sostenere questa spesa di tasca propria (solo l'1% lo ha fatto attraverso un'assicurazione sanitaria).

Ma anche in settori dove l'offerta pubblica è presente, come la cura degli occhi o la visita ginecologica, la preferenza di una significativa quota di connazionali ricade tuttavia sul privato: vi si è rivolto infatti il 52% degli italiani che ha effettuato esami oculistici, percentuale che

sale al 64% tra i cittadini del Sud.

Nonostante questi dati, l'intenzione degli italiani intervistati è di poter fare affidamento sul settore pubblico. Ma il sistema pubblico, a causa dei tagli periodici a cui è sottoposto, farà però sempre più fatica a fornire quel servizio che gli italiani auspicano.

A conferma di questo fenomeno si evidenzia, da un lato, un costante aumento di accessi in Pronto Soccorso, dove i cittadini si rivolgono per ottenere una rapida e poco costosa prestazione sanitaria, dall'altra, le case di riposo sono progressivamente svuotate. Oggi non è più un problema trovare un posto in queste strutture perché sono sempre meno le famiglie che possono permettersi di pagare una retta da 1.000 / 1.500 euro al mese per l'assistenza di un anziano.

Si preferisce portarselo a casa con tutte le conseguenze del caso, anche se questa preferenza non è dettata da aspetti puramente affettivi.

Forse sarà per questi motivi che Coletto, assessore regionale alla sanità del Veneto, ha affermato che «Il taglio di 2000 posti letto in Veneto può aspettare».

Il presidente della Repubblica Na-

politano, osservatore particolare di questa situazione preoccupante, lancia un monito e offre la sua ricetta in Sanità «Chi ha di più paghi di più». Ma il ministro della Salute Balduzzi coglie l'occasione per affermare che «la riforma del SSN era necessaria, la crisi l'ha solo resa più evidente e urgente».

Il ministro ha infatti sottolineato come la sanità italiana, nel corso dell'anno 2012, «ha offerto un significativo contributo alle politiche adottate dal Governo per l'uscita dalla crisi finanziaria ed economica» ma «preservando la funzione primaria di prevenire e temperare gli effetti della crisi sulle condizioni di salute della popolazione».

Il tentativo di allontanare il pericolo che il nostro sistema sanitario non sia in grado di mantenere il passo è evidente perché con l'impossibilità di innovazione, per gli effetti della recessione, si rischia la perdita di fiducia e la disaffezione dei suoi operatori e dei suoi destinatari, un pericolo costante per la sua sostenibilità sociale, ancora più rilevante della semplice sostenibilità economica».

Per questo, secondo Balduzzi, la ricerca in tutte le sue accezioni (di base, clinica e organizzativa) «non può non essere un'attività essenziale che deve essere esercitata in tutte le strutture del Ssn da un personale costantemente qualifica-

to e ri-qualificato da programmi di formazione teorici, a distanza e sul campo».

Si evince la richiesta di un impegno rivolto a tutti gli operatori sanitari, infermieri compresi.

Inoltre, la Federazione Nazionale degli Infermieri tramite i Collegi IPASVI contribuisce a dare attuazione al programma nazionale di educazione continua in medicina (ECM) per mantenere ad alto livello il capitale umano e professionale rivedendo, riqualificando e riorganizzando il sistema sanitario per assicurare l'invarianza dei servizi ai cittadini.

Ma questa tensione verso un continuo progresso deve trovare piena coerenza con un forte impegno della nostra classe politica, un impegno volto a cercare il bene della nazione, lontano da personalismi, malcostume e corruzione. L'Italia, dai dati OCSE, è il Paese dove la tutela della salute assorbe la minor spesa globale sia pro capite sia in relazione al Pil ma il nostro debito pubblico ha ormai superato i 2.000 miliardi di euro. Non abbiamo più tempo, dobbiamo agire in fretta affinché il diritto di accesso alle prestazioni e ai servizi del SSN non sia disgiunto dal principio di trasparenza nella valutazione dei suoi risultati e nell'individuazione dei suoi dirigenti più capaci, né dal principio di legalità nello svolgimen-

to scrupoloso degli iter amministrativi. È necessario che tutti sappiano rendere conto dei risultati ottenuti, dell'uso appropriato ed efficiente delle risorse affidate, dell'autonomia e del disinteresse con cui sono prese le decisioni. Non è un problema di «potere» o di «lobby», pur considerando questioni di specificità e di caratterizzazioni professionali, ma dalla necessità di ripensare il sistema con una forma mentis diversa rispetto al passato, in linea con quanto avviene in Europa e nel resto del mondo.

Ne va del nostro futuro, dei nostri anziani, dei nostri figli, di noi stessi: Infermieri, medici, operatori, amministrativi... senza distinzioni.

■ di **Gianmaria Fanchin**  
Vice Presidente

**SALUTE.** Il presidente della Repubblica interviene nel dibattito aperto dal premier Monti e offre la sua ricetta

## Sanità, monito di Napolitano «Chi ha di più paghi di più»

**I COSTI DELLA SALUTE** Il presidente del comitato bioetico della Regione in linea con i vertici dell'Usi

## «Basta chemio inutili»

## Il counselling prenatale e la comunicazione con i genitori in TIN

Presentazione del progetto della Patologia Neonatale ULSS 6 che ha concorso al “Premio Sardella” 2012 presieduto dal Collegio Ipasvi di Vicenza

Responsabili del Progetto TIN:  
*Coordinatrice Inf. Gasparin Barbara, Inf.re Rizzato Paola, Inf.re Zamberlan Silvana, Dr.ssa Vedovato Stefania, Responsabile Dr. Vecchiato Luca, Direttore Dr. Bellettato Massimo.*

A Vicenza il 15- 16- 17 Novembre scorso, presso l'Istituto Superiore Scienze Religiose a Monte Berico, si è svolta la dodicesima edizione del Convegno nazionale del Network “Gli Ospedali di Andrea”. Il Convegno intitolato “Curare, assistere, educare” è stato organizzato dall'Associazione italiana genitori (Age) in collaborazione con la Ulss 6 e tra gli altri con il patrocinio del Collegio IPASVI di Vicenza. All'interno di tale Convegno che ha visto riuniti pediatri, infermieri, scuole e associazioni che si occupano dei più piccoli con l'obiettivo di migliorare la qualità dell'accoglienza dei bambini e delle famiglie negli ospedali, non poteva mancare la Patologia Neonatale di Vicenza che per l'occasione ha partecipato al Concorso “Premio di Qualità Sardella”(concorso dedicato a progetti assistenziali che prevedono la compartecipazione di medici e infermieri).

Prima di entrare nel merito del progetto presentato dai colleghi, si rende necessaria una premessa. Per capire la filosofia che regna sovrana in questo luogo e lo spirito che guida tutti i giorni l'equipe coinvolta, merita una certa attenzione il simbolo identificativo che il gruppo ha scelto per sé. Si tratta di una rivisitazione dell'Albero della Vita di Klimt con al centro un cuore rosso formato da un piccolo germoglio (“il neonato nato prima”) e un ramo adulto e forte (il genitore), il tutto sostenuto e protetto da una folta chioma ovvero l'articolata rete di professionisti che ogni giorno la-



vora in stretta sinergia per la Vita di ogni piccolo bambino. Quest'ultimo, infatti, assieme alla sua famiglia abbisogna di una complessa attività assistenziale che necessariamente si avvale della “complementarietà” di molteplici figure professionali. La Terapia Intensiva Neonatale (TIN) di Vicenza è un'U.O. di III livello che ogni anno ospita in media 700 neonati per 15 posti letto tra intensivi e semi-intensivi. L'equipe assistenziale è formata da 21 infermieri, 10 medici e 2 operatori socio sanitari. Nel 2009 alcuni medici, infermieri, ginecologi, psicologi, ostetriche e mamme dell'Associazione “Pulcino Onlus” iniziarono a discutere sul modo migliore per accogliere e accompagnare le mamme con minaccia di parto prematuro, con feto affetto da grave malformazione o grave patologia. L'esigenza nacque dall'inevitabile disagio che molti genitori si trovavano ad affrontare nel caso di nascita prematura del loro figlio senza una adeguata preparazione/informazione preventiva che si rifletteva poi a “cascata” su

tutto il percorso assistenziale infermieristico nella TIN.

Nel settembre 2011 iniziò una stretta collaborazione con il Vermont Oxford Network (VON) nell'intento di coinvolgere gli operatori della TIN in un percorso verso la qualità ed umanizzazione delle cure. Attraverso una revisione della letteratura, collegamenti periodici con la piattaforma VON per discussioni ed evidenze, lavori di gruppo condivisi e verifiche intermedie (mediante anche questionari somministrati ai genitori di volta in volta coinvolti) si è arrivati nel maggio 2012 alla costruzione di una bozza di Protocollo sul colloquio prenatale.

Tale Protocollo, in seguito diventato operativo, si attiva mediante segnalazione del personale dell'ostetricia di ricoveri di mamme con minaccia o con neonati affetti da patologia grave nota. Entro 48h, dopo aver acquisito le conoscenze cliniche sul caso, aver stimato l'outcome del neonato pretermine, presi gli accorgimenti necessari sull'ambiente familiare/culturale di riferi-

mento (avvalendosi della figura del mediatore culturale se necessario) si organizza un incontro con i genitori interessati. Si tratta di una sorta di "consulenza multidisciplinare" che vede coinvolte molteplici figure: il Direttore dell'U.O. della TIN, la Coordinatrice del gruppo infermieristico e/o un infermiere della TIN, un ginecologo, un'ostetrica ed in alcuni casi uno psicologo con lo scopo di indagare le conoscenze e lo stato emotivo dei famigliari, dare tutte le informazioni necessarie su quella che potrebbe essere la gestione del loro bambino per quanto riguarda l'assistenza in sala parto, stabilizzazione e trasporto in TIN, dare spazio a tutte le domande po-

ste e disponibilità ad eventuali altri colloqui. Questa consulenza, mediata da un'attenta comunicazione e ascolto attivo, permette l'instaurazione di un clima di fiducia tra genitori ed equipe assistenziale, facilita la relazione genitore/neonato, contiene l'ansia dei genitori e rende omogenea la comunicazione degli operatori. In tale consulenza, poi, si abbandonano definitivamente tutti quegli appellativi depersonalizzanti usati in precedenza quali "età gestazionale", "feto", "minaccia di aborto", ecc ma si parla finalmente di "bambino", rendendo così giustizia al nascituro e alla dignità della sua Vita umana e dando avvio alla dinamica relazionale forse più im-

portante e terapeutica, quella del genitore con il proprio figlio. Al di là dei riconoscimenti formali, il Collegio di Vicenza ha voluto dare spazio e onore al progetto della TIN ritenendolo un esempio di maturità professionale che a fronte dei molteplici tentativi di parcellizzazione dell'assistenza, rivendicazioni di ruoli e competenze, disquisizioni su limiti e responsabilità, vede finalmente una cooperazione sinergica di molteplici professionisti sanitari verso quello che deve essere l'obiettivo primo, il bene del paziente.

■ di **Lucia Maron**  
Consigliere



# La prospettiva infermieristica nel dibattito dell'eutanasia

## Introduzione

Il progresso tecnologico, ma anche l'intento di centralizzare la persona nel processo di cura, hanno modificato e reso per certi aspetti più complesso il mondo delle relazioni tra medico e paziente.

Grande importanza hanno assunto la libertà ed il principio di autodeterminazione permettendo a medico e paziente di stringere una "alleanza terapeutica" superando il vecchio modello paternalistico di relazione. Viviamo infatti oggi nell'epoca dei diritti in cui si afferma con forza il diritto alla salute, alla vita, alla dignità umana, alla integrità della persona, ad evitare il dolore e le sofferenze non necessari, al consenso informato e alla libera scelta. Diritti ribaditi peraltro recentemente rivisti e ribaditi nella Costituzione Italiana, nella "Carta dei diritti fondamentali dell'Unione Europea"<sup>1</sup>, nella "Convenzione sui diritti dell'uomo e la biomedicina" del Consiglio d'Europa<sup>2</sup>, nella Carta europea dei diritti del malato (Carta di Firenze)<sup>3</sup>.

Ma viviamo anche nell'epoca della "negazione della morte" in cui la medicalizzazione del processo del morire contribuisce ad allontanare il malato grave dal contesto quotidiano<sup>4</sup>, accanto a programmi televisivi e video-games che continuamente propongono l'evento della morte e dell'uccisione esorcizzandola e privandola di senso,<sup>5</sup> si veda, a tal proposito, il rapporto Eurispes del 2012.<sup>6</sup>

Il dibattito etico-filosofico sul fine-vita coinvolge inevitabilmente il mondo sociale e sanitario da una parte ed il mondo giuridico dall'altro.

I recenti casi di Piergiorgio Welby e di Eluana Englaro, in Italia, hanno permesso di tornare a discutere sul processo del morire e di meglio definire alcuni termini (quali ad esempio eutanasia ed accanimento terapeutico), ma hanno riaperto anche il dibattito su "Testamento Biologico" ed "Eutanasia"<sup>7</sup>.

In alcuni contesti clinici (oncologico e per la cura di malattie cronic-



degenerative, ad esempio), medici ed infermieri, per la peculiarità del loro ruolo, si accostano quotidianamente a dolore e sofferenza e si confrontano con diverse problematiche etiche, a seconda dei momenti vissuti dalle persone per le quali ormai non sembrano esserci più speranze di cura e guarigione. La morte dell'altro pone inevitabilmente di fronte alla propria morte ed anche l'infermiere esperto si scopre impreparato nel rispondere adeguatamente a determinate richieste, a fronte peraltro di risorse ormai finite<sup>8</sup>. Egli viene a trovarsi infatti al centro di più angoli visuali dove sembra non trovare orientamenti, ma dove è tenuto comunque ad operare per il bene del malato<sup>9</sup>.

In Italia attualmente rimane forte l'orientamento alle cure palliative e all'accompagnamento del malato grave, con l'intento primo di alleviare ogni sofferenza e di ridurre poi, eventuali richieste di morte da parte di chi non può ormai sperare di guarire.

La ricerca di letteratura è stata condotta con l'intento di identificare come i malati terminali pongono la richiesta di essere aiutati a morire

e definire il ruolo dell'assistenza infermieristica per farvi fronte.

Si è voluto inoltre ampliare le conoscenze su alcune problematiche etiche sul fine della vita, in modo da fornire spunti di riflessione agli infermieri che operano a stretto contatto con i malati terminali, analizzando brevemente il dibattito in Italia e come venga attuata la pratica dell'eutanasia nei Paesi dove oggi è legalizzata. La finalità è contribuire ad assumere un atteggiamento critico, ma consona alla professione, che aiuti gli infermieri ad accompagnare le persone nel processo del morire, nel rispetto della vita come bene fondamentale e della dignità della persona malata.

## Materiale e metodi

La ricerca fonda su una revisione della letteratura di interesse, sviluppata a livello nazionale ed internazionale, comprendente linee guida, documenti prodotti dai comitati etici, lavori elaborati in ambito giuridico, testi e articoli della stampa. (Tabella 1)

Tabella 1

BANCHE DATI	ARTICOLI REPERITI	ARTICOLI CONSIDERATI
PubMed  Sistema Bibliotecario di Ateneo dell'Università degli Studi di Padova (sistema auth-proxy)	77  Pubblicazioni avvenute entro gli ultimi dieci anni, in lingua inglese, francese, tedesco e spagnolo. Parole chiave: “eutanasia”; “assisted suicide”; “Ethics”; “nurse”; “Nursing” utilizzate in forma combinata principalmente mediante gli operatori booleani “AND” e “OR” ricorrendo all’indice MeSH o al metodo delle combinazioni libere	14  In cui fosse trattato: l’approccio degli infermieri alla legalizzazione di eutanasia e assistenza al suicidio, le esperienze di partecipazione degli infermieri al processo dell’eutanasia, gli orientamenti rispetto eventuali richieste di morte. 10 concernenti lavori prodotti prevalentemente in contesti Europei, 4 in contesti americani

I siti web maggiormente consultati sono stati: [www.portaledibioetica.it](http://www.portaledibioetica.it) e [www.governo.it](http://www.governo.it).

## Risultati e discussione

La ricerca condotta ha necessariamente richiesto una iniziale chiarificazione di alcuni termini ed un approfondimento su alcune questioni di tipo bioetico riguardanti il fine della vita e che sono tutt’ora oggetto di dibattito in Italia. (Tabella 2)

Tabella 2

<p>Per “Accanimento terapeutico” si intende: “Il trattamento inefficace, gravoso e sproporzionato rispetto ai benefici che può procurare”<sup>10</sup> La valutazione di proporzionalità dovrà essere calibrata dal medico e decisa in base alla volontà della persona interessata.<sup>7,11</sup></p>
<p>Con “<b>Dichiarazioni anticipate di trattamento (DAT)</b>” o “<b>living-will</b>” si vuole indicare un:  “documento con il quale una persona, dotata di piena capacità, esprime la sua volontà circa i trattamenti ai quali desidererebbe o non desidererebbe essere sottoposta nel caso in cui, nel decorso di una malattia o a causa di traumi improvvisi, non fosse più in grado di esprimere il proprio consenso o il proprio dissenso informato”<sup>12</sup></p> <p>Criteri generali del documento dovrebbero essere: forma scritta e carattere pubblico, non contenere disposizioni aventi finalità eutanasiche, essere controfirmato da un medico, rivisto in ogni momento o periodicamente dal dichiarante, redatto in modo specifico e non generico (preferibilmente che non sia un semplice modulo o stampato da sottoscrivere) riferendosi quanto più possibile alle situazioni cliniche in cui dovrebbe essere considerato<sup>12</sup>.</p>
<p>zzv Il termine “<b>Eutanasia</b>” deriva dal greco e significa “buona morte”, “dolce morte”. Con questo termine si intende generalmente “un’azione o un’omissione di tipo medico che intenzionalmente procura la morte della persona assistita, allo scopo di eliminare ogni dolore”<sup>10</sup>.</p> <p>Le caratteristiche dell’eutanasia sono perciò essenzialmente: l’intervento (si parla di eutanasia <i>attiva</i>) o il non-intervento (e. <i>passiva</i>), l’intenzione di chi la pratica (diretta se intenzionale, indiretta se la morte giunge come effetto non desiderato), il cercare la morte di un altro, la richiesta fatta da chi intende morire (<i>volontaria</i>). Gli aiuti o la cooperazione al suicidio vengono considerati forme di eutanasia (<i>suicidio assistito</i>). Da essa va distinta la rinuncia all’accanimento terapeutico<sup>13,14</sup>.</p>

Il Comitato Nazionale per la Bioetica approfondisce questioni riguardanti il fine della vita in alcuni documenti, quali: "Questioni bioetiche relative alla fine della vita umana" del 1995<sup>10</sup>, "Dichiarazione anticipata di trattamento" de 2003<sup>12</sup>, "L'alimentazione e l'idratazione di pazienti in stato vegetativo persistente" del 2005<sup>15</sup>, "Rifiuto e ri-

nuncia consapevole al trattamento sanitario nella relazione "paziente-medico" del 2008<sup>16</sup>. I maggiori nodi di discussione, all'interno del dibattito bioetico in Italia, permangono lo stato vegetativo persistente e la nutrizione e idratazione artificiali. Rimane tuttora irrisolto distinguere quando e se idratazione e alimentazione ar-

tificiali siano da considerarsi trattamenti a tutti gli effetti (quindi passibili di rifiuto) o mezzi di sostegno vitale, perciò parte dell'assistenza di base (sempre dovuti); a tal proposito si rimanda all'esempio datoci dal cardinale Martini, recentemente scomparso.

**Tabella 3: Eutanasia attiva e suicidio assistito (SA) legalizzati**

Europa	In Italia
<p>In <b>Belgio e Olanda</b><sup>17</sup> è legalizzata dal 2002  <b>Lussemburgo</b> (per malati in fine vita) legale dal 2008  <b>Svizzera</b> (è previsto il SA con l'Ass. Dignitas)  <b>Albania</b> dal 1999 è legale ogni forma di eutanasia            In <b>Svezia</b> non è perseguita penalmente            In <b>Germania</b> il SA non è reato</p> <p><b>Cina</b> legale dal 1998 per malati in fine vita  <b>Colombia</b>  <b>Australia</b> (legale dal 1996 al 98, poi revocata)  <b>USA</b> Oregon, Montana, Washington non è legale ma il malato può richiedere farmaci letali.</p>	<p>l'eutanasia attiva diretta è assimilabile, in generale, all'omicidio volontario (art. 575 codice penale) o all'omicidio del consenziente.</p> <p>Tto 2002, una risoluzione contro l'Eutanasia è stata approvata dal Comitato dei Ministri del consiglio d'Europa. In essa si ribadisce che il desiderio di morire espresso da un malato incurabile o in fine della vita, non può mai costituire un fondamento giuridico per la sua morte ad opera di un medico<sup>14</sup>.</p>

In tutto il mondo associazioni a favore della pratica dell'eutanasia, compiono un vera e propria attività di sensibilizzazione, rivolta all'opinione pubblica e alle istituzioni, sui diritti del malato affetto da malattia terminale. Esse sono oggi riunite nella *World Federation of Right to Die Societies (Federazione Mondiale delle Società per il Diritto di Morire)*<sup>13</sup>, difendono il diritto alla libertà, alla dignità e l'esistenza di un diritto a morire, mentre coloro che si dichiarano contrari sostengono che la vita sia un bene indisponibile, ritengono importante l'autodeterminazione e l'alleanza terapeutica oltre che la dignità del morente, il diritto a non soffrire e ad essere lasciati morire<sup>13,18,19</sup>

La legalizzazione dell'eutanasia secondo d'Agostino porterebbe, come in altri paesi, al "pendio scivoloso", cioè a forme di eutanasia discutibili rivolta ad anziani, disabili e neonati (eutanasia sociale) e ad una "burocratizzazione" dei decessi. Inoltre, secondo Pannuti, con la legalizzazione dell'eutanasia si indebolirebbero la percezione sociale del valore della vita e, per chi ha un credo, il significato dell'esperienza del dolore<sup>20</sup>.

Il desiderio di eutanasia arriva così ad esprimere, oltre al grave stato di sofferenza del malato, anche quello

del professionista. In un'intervista sul web, Bernard Devalois, medico francese, afferma che *"L'eutanasia, attraverso l'iniezione letale, è una soluzione del passato, una tecnica che mette in luce l'impotenza di essere solidali con le persone giunte alla fine della vita. La soluzione del futuro è lo sviluppo delle cure palliative, anche se molto costose, per fare in modo che le persone non soffrano"*<sup>21</sup>

Il Codice deontologico professionale richiama medici ed infermieri all'astensione da qualsiasi forma di accanimento terapeutico e di eutanasia attraverso specifiche norme vincolanti. All'art n.36 del C.D. dell'infermiere si recita infatti che *"l'infermiere tutela il diritto a porre dei limiti ed accessi diagnostici e terapeutici non coerenti con la concezione di qualità della vita"*, all'art. n.38 *"l'infermiere non attua e non partecipa a interventi finalizzati a provocare la morte, anche se la richiesta proviene dall'assistito"*<sup>22</sup>

Inoltre, associazioni infermieristiche, quali ad es. Oncology Nursing Society (ONS), American Nurses Association (ANA), Royal College of Nursing (RCN), invitano i professionisti ad astenersi dalla pratica dell'eutanasia, ad avvalersi dell'obiezione di coscienza, a difende-

re la qualità della vita attraverso le cure palliative, a segnalare alle autorità competenti eventuali intenzioni a favore di tali pratiche, a partecipare al dibattito bioetico<sup>23,24,25</sup>.

La seconda parte della revisione della letteratura si è concentrata nell'indagare l'approccio degli infermieri alla legalizzazione di eutanasia e assistenza al suicidio, la partecipazione degli infermieri al processo dell'eutanasia, quali orientamenti l'infermiere debba assumere rispetto eventuali richieste di morte.

(Tabella 1)

L'Oncology Nursing Society americana definisce la **"richiesta di morte anticipata"** come la **"richiesta da parte di una persona, affetta da malattia incurabile e progressiva ed in cui non è compromessa la capacità di giudizio, di un intervento che deliberatamente e consapevolmente determini la morte immediata, senza attendere che la malattia faccia il suo corso"**<sup>24</sup>

La richiesta di aiuto per una morte assistita, secondo l'RCN, può essere posta da persone affette in modo irreversibile da gravi e progressive patologie (fisiche e/o mentali), o da portatrici di handicap e disabilità importanti, o affette da multipatologie ed in condizioni debilitanti da lungo tempo<sup>26</sup>.

Le ragioni che inducono una persona a chiedere di morire sembrano essere molto cambiate nel tempo: il deteriorarsi dello stato di salute sembra infatti oggi prevalere sul dolore, ma anche depressione, perdita di speranza, stress causato dai sintomi e dalla loro scarsa gestione<sup>8</sup>.

Esperienze in Oregon indicano invece, come maggiori motivi della richiesta di eutanasia la perdita dell'autonomia, la ridotta capacità di partecipare alle attività che rendono apprezzabile la vita, la perdita del controllo sulle proprie funzioni corporee; la richiesta sembra essere fortemente sostenuta da chi teme di diventare un peso, di dipendere da altri, di perdere il controllo e la dignità<sup>23,26</sup>.

Spesso (in circa il 45% dei casi) l'infermiere risulta essere la figura coinvolta in prima istanza da malati o familiari, nell'espressione del desiderio di morire o semplicemente nella richiesta di informazioni sull'eutanasia<sup>27</sup>. Trovarsi di fronte ad una richiesta di morte costituisce per molti infermieri un dilemma etico che mette in gioco valori e convinzioni personali, talvolta in modo stressante<sup>9,26</sup>.

Tutti gli studi reperiti riportano la difficoltà di attendibilità dei risultati ottenuti, principalmente per la diversa interpretazione concettuale dell'eutanasia tra i diversi paesi considerati, sia tra le persone intervistate; il consenso degli infermieri verso l'eutanasia risulta inoltre ancora poco e non chiaramente indagato<sup>28</sup>.

L'affermazione di essere favorevoli a legalizzare l'eutanasia sembra prevalere tra gli infermieri che lavorano di notte, in condizione di scarsità del personale e che non beneficiano di figure religiose di supporto. Gli stessi infermieri peraltro sembrano poi dichiarare di non voler partecipare, eventualmente, alla pratica dell'eutanasia<sup>8</sup>. Possedere un credo religioso, l'addestramento nelle cure palliative ed il sentirsi competenti nelle

cure di fine vita, sembrano sfavore il consenso alla legalizzazione dell'eutanasia<sup>8,29</sup>.

Gli infermieri risultano essere coinvolti, anche se in modo diversificato, in ogni fase del processo dell'eutanasia<sup>8,30</sup>. Tali fasi si distinguono in: **1 rilevazione e registrazione delle richieste di eutanasia;** **2 partecipazione al processo decisionale;** **3 esecuzione pratica dell'atto (ossia preparazione del farmaco, applicazione del collegamento all'accesso venoso, somministrazione della dose letale)** ed, infine, **4 cura dei familiari dopo l'evento**<sup>30</sup>. Nelle prime due fasi del processo alcuni studi consultati mettono in chiara evidenza l'importanza della condivisione delle informazioni raccolte e del lavoro multidisciplinare in equipe. Ciò permette di coinvolgere i familiari, di intraprendere un'assistenza adeguata (e che, laddove permessa, la morte assistita sia frutto di una scelta ponderata), e non da ultimo di evitare interpretazioni o azioni personali che oltretutto metterebbero a rischio l'immagine e la fiducia nella professione stessa<sup>9,26,30</sup>.

Nei paesi dove legalizzata, la partecipazione degli infermieri nell'attuazione dell'eutanasia non implica che essi siano a favore di tale pratica: molti infatti dichiarano di aderirvi per non lasciare solo il malato, su delega del medico, per alleviare le sofferenze del malato o autonomamente per porre fine ad accanimenti terapeutici<sup>25,30</sup>. Gli stessi infermieri pensano che tale atto debba essere eseguito sotto la supervisione ed in presenza del medico, ma soprattutto non delegato superficialmente a chi non abbia partecipato al processo decisionale e alla valutazione della richiesta<sup>30</sup>.

Alla luce delle situazioni sopra descritte, nei diversi paesi dove l'eutanasia è stata legalizzata si sono rese necessarie la chiarificazione dei ruoli del medico e dell'infermiere nel processo dell'eutanasia<sup>25</sup>, oltre che l'adozione di linee-guida appositamente redatte<sup>27,31</sup>.

**Al medico e all'infermiere in esse si raccomanda di esplorare le richieste di morte, di alleviare la sintomatologia e di offrire alternative prima di decidere per la pratica dell'eutanasia attiva<sup>27,32</sup>.**

Infine, l'Oregon Nurse Association, nelle Linee-Guida "Deth With Dignity Act" non prevede che l'infermiere esegua l'atto dell'eutanasia, ma permette che egli rimanga accanto al paziente e raccomanda a chi non volesse prendervi parte di non abbandonarlo ma piuttosto di affiancarlo ad un altro collega<sup>8</sup>.

Dalle fonti di letteratura consultate risulta comunque che poche espressioni del desiderio di morire corrispondano ad altrettante vere richieste di eutanasia e che poche evolvano in un vero progetto<sup>26,30</sup>.

Già in uno studio del 2003 condotto negli Stati Uniti con 36 infermiere, descrive come una attenta interpretazione dei bisogni, una adeguata gestione dei sintomi, il supporto fisico-emozionale e spirituale possano essere state utili strategie per prevenire e ridurre le richieste di morte anticipata in persone affette da malattia oncologica avanzata<sup>23</sup>.

Indipendentemente dalla legge in vigore nello Stato di appartenenza, l'infermiere deve perciò interrogarsi sulla fondatezza della domanda, se non altro per scoprire reali preoccupazioni, per rivedere insieme gli obiettivi assistenziali ed individuare interventi alternativi, al fine di favorire il benessere e la qualità di vita residua e possibilmente di rivedere tale idea<sup>26,27,32</sup>.

Al fine di supportare l'infermiere in tali discussioni difficili e per garantire una buona assistenza di fine vita, l'RCN ha pubblicato nel 2011 le nuove linee-guida per infermieri su come rispondere alle richieste di morte anticipata<sup>26</sup>.

Le linee-guida propongono esempi di dialogo con pazienti e familiari, consigliando essenzialmente di: considerare il contesto sociale/religioso e la presenza di inibizioni culturali o tabù, usare un linguaggio aperto e di essere chiari, non allontanarsi, lasciar parlare, programmare possibili altri incontri, non giudicare o esprimere opinioni o credenze personali, considerare sempre la normativa vigente, prendere tempo per esplorare la richiesta e la consapevolezza. In esse viene suggerita la strategia in tre step d'azione: "fermati e pensa", "approccio", "rifletti e discuti". Si sottolinea infine che è essenziale la condivisione con l'intero staff di cura, l'utilizzo di reti di supporto psico-sociale, talvolta la notifica

alle autorità competenti per la gestione di eventuale rischio (suicidio o altre pratiche illegali).

## Conclusioni

L'infermieri risulta avere un ruolo essenziale nell'assistere e nel prendersi cura della persona in fine della vita poiché costantemente presente vicino alla persona che chiede di morire, risultando perciò la persona che meglio conosce i suoi bisogni e desideri.

Profilo professionale e Codice Deontologico orientano l'operato dell'infermiere chiamato peraltro ad una responsabilità professionale, laddove, secondo Annalisa Silvestro (presidente IPASVI), "ogni nostra scelta esprime l'impegno ad essere accanto alla persona come sua garante, ma anche la co-responsabilità che con gli altri professionisti condividiamo nell'equipe, in breve esprime l'esserci"<sup>33</sup>. L'etica dell'accompagnamento<sup>4</sup> dove alleviare il dolore, capire i

bisogni del malato in fase terminale, e proporzionare le cure, si affiancano all'interpretazione delle richieste di morte, permette all'infermiere di instaurare una intima relazione di cura con il paziente. L'infermiere è chiamato e sente il bisogno, oggi più che mai, di partecipare ai processi decisionali sulle questioni di fine della vita<sup>34</sup>, ad approfondire tematiche bioetiche e a partecipare al dibattito per contribuire alla consapevolezza dei malati e dei cittadini su tematiche tanto complesse.

■ di **Nadia Baldrani**,  
Infermiere UOC Oncologia  
ULSS 5 Ovest Vicentino

### BIBLIOGRAFIA

1. Presidenza del Consiglio dei Ministri. Carta dei diritti fondamentali dell'Unione Europea. 2007. Reperito su [www.governo.it](http://www.governo.it). Ultimo accesso il 01/09/2012
2. Consiglio d'Europa. Convenzione di Oviedo sui diritti dell'uomo e la biomedicina. 1997. In: Viafora C. Introduzione alla Bioetica. Franco Angeli Editore, Milano. 2006.
3. Istituto Italiano di Bioetica. Carta europea dei diritti del malato. 2007. Reperito su [www.istitutobioetica.org](http://www.istitutobioetica.org). Ultimo accesso il 01/09/2012.
4. Viafora C. Introduzione alla Bioetica. Franco Angeli Editore, Milano. 2006.
5. Tonelli G, "La morte in tv fra rimozione e spettacolarizzazione" in "Bioetica e comunicazione". Reperito su [www.portaledibioetica.it](http://www.portaledibioetica.it). Ultimo accesso il 05/08/2012
6. Eurispes. Sintesi rapporto Italia 2012. Reperito su [www.eurispes.it](http://www.eurispes.it). Ultimo accesso il 20/08/2012
7. Battaglia L, Ivana C, Tuveri G. Etica della cura in oncologia. Carrocci Faber Editore, Roma. 2010.
8. De Veer AJ, Francke AL, Poortvliet EP. Nurses' involvement in end-of-life decisions. *Cancer Nursing* 2008; 33(3): 222-228.
9. Aranda S. Euthanasia - a clinical and professional issue for nurses. *Journal of Advanced Nursing* 2004; 47(6): 601-604.
10. Presidenza del Consiglio dei Ministri. Comitato Nazionale per la Bioetica. Questioni bioetiche relative alla fine della vita umana. 1995. Reperito su [www.governo.it](http://www.governo.it). Ultimo accesso il 14/09/2012
11. Becchi P. Il testamento biologico. Sui limiti delle "Disposizioni in materia di alleanza terapeutica, di consenso informato e di dichiarazioni anticipate di trattamento". Morcelliana Editrice, Brescia. 2011.
12. Presidenza del Consiglio dei Ministri. Comitato Nazionale per la Bioetica. Dichiarazione anticipate di trattamento. 2003. Reperito su [www.governo.it](http://www.governo.it). Ultimo accesso il 10/09/2012.
13. Bergonzoni F. Il dibattito bioetico sull'eutanasia: distinzioni concettuali e posizioni a confronto. In *Temi trattati in Bioetica clinica*. 2009. Reperito su [www.portaledibioetica.it](http://www.portaledibioetica.it). Ultimo accesso il 02/09/2012
14. Marcellino "Scheda per conoscere: Eutanasia". Reperito su [www.portaledibioetica.it](http://www.portaledibioetica.it). Ultimo accesso il 05/09/2012
15. Presidenza del Consiglio dei Ministri. L'alimentazione e l'idratazione di pazienti in stato vegetativo persistente. 2005. Reperito su [www.governo.it](http://www.governo.it). Ultimo accesso il 01/09/2012
16. Presidenza del Consiglio dei Ministri. Comitato Nazionale per la Bioetica. Rifiuto e rinuncia consapevole al trattamento sanitario nella relazione paziente-medico. 2008. Reperito su [www.governo.it](http://www.governo.it). Ultimo accesso il 10/09/2012.
17. Il Ministro di Giustizia. Legge Olandese 2002. "Legge controllo interruzione vita su richiesta e assistenza al suicidio". In: "E-teca". Reperito su [www.portaledibioetica.it](http://www.portaledibioetica.it). Ultimo accesso il 10/09/2012.
18. D'Agostino F. "Perché dire di no ad una legislazione eutanasi". In "Bioetica e diritto". Reperito su [www.portaledibioetica.it](http://www.portaledibioetica.it). Ultimo accesso il 20/07/2012.
19. Bompiani A. Le direttive anticipate e la tentazione dell'eutanasia: I pareri del CNB. Reperito su [www.portaledibioetica.it](http://www.portaledibioetica.it). Ultimo accesso il 02/09/2012
20. Pannuti F. Sì all'eubiosia, no all'eutanasia" in "Bioetica clinica". Reperito su [www.portaledibioetica.it](http://www.portaledibioetica.it). Ultimo accesso il 09/09/2012
21. Devalois B. Morire con dignità non è eutanasia o suicidio assistito. Video intervista su Euronews. 2012. Reperito su [www.uccronline.it](http://www.uccronline.it). Ultimo accesso il 01/09/2011.
22. Federazione Nazionale Collegio Infermieri - IPASVI. Il Codice Deontologico degli infermieri. 2009. Reperito su [www.ipasvi.it](http://www.ipasvi.it). Ultimo accesso il 18/09/2010.
23. Volker DL. Assisted Dying-and of Life Symptom Management. *Cancer Nursing* 2003; 26(5): 392-396
24. Oncology Nursing Society. Nurses' Responsibility to Patients Requesting Assistance in Hastening Death. *Oncology Nursing Forum* 2010; 37(3): 249-250.
25. Dierckx de Casterlé B, Verpoort C, De Bal N, Gastmans C. Nurses' views on their involvement in euthanasia: a qualitative study in Flanders (Belgium) 2006 ; 32(4):187-92.
26. Royal College of Nursing. When someone asks for your assistance to die. RCN guidance on responding to a request to hasten death 2011; 4(24). Reperito su [www.rcn.org.uk](http://www.rcn.org.uk). Ultimo accesso il 14/06/2012.
27. Van Bruchem - Van De Scheur GG, Van Der Arend A, Abu-Saad HH, Van Wijmen fcb, Spreuwenberg C, Ter Meulen Rhj. Euthanasia and assisted suicide in Dutch hospitals: the role of nurses. *Journal of Clinical Nursing* 2008; 17(12): 1618-1626.
28. Holt J. Nurses' attitudes to euthanasia: the influence of empirical studies and methodological concerns on nursing practice. *Nursing Philosophy* 2008; 9(4): 257-72.
29. Bendiane MK, Bouhnik AD, Galinier A, Favre R, Obadia Y, Peretti-Walter P. French hospital nurses' opinion about euthanasia and physician-assisted suicide: a national phone survey. *Journal Medical Ethics* 2009; 35(4): 238-44.
30. De Beer T, Gastmans C, Dierckx de Casterlé B. Involvement of nurses in euthanasia: a review of the literature. *Medical Ethics* 2004; 30: 494-498.
31. Bilsen JJR, Vander Stichele RH, Mortier F, Deliens L. Involvement of nurses in physician-assisted dying. *Journal of Advanced Nursing* 2004; 47(6): 583-591.
32. Verpoort C, Gastmans C, Dierckx De Casterlé B. Palliative care nurses' view on euthanasia. *Journal of Advanced Nursing* 2004; 47(6): 592-600.
33. Silvestro A. La bioetica infermieristica. In Il Comitato Nazionale per la Bioetica: 1990-2005 Quindici anni di impegno. Atti del convegno di studio. Roma 2005; 341-346.
34. Giantin V, Siviero P, Simonato M, Iasevoli M, Pengo V, Andriago M, Storti M, Valentini E, Pegoraro E, Maggi S, Crepaldi G, Manzato E. Physicians' and nurses' experiences of end-of-life decision-making in geriatric settings. *Aging Clinical end Experimental Research* 2012; 5

# Il ruolo del Collegio IPASVI nella *Formazione continua ECM*

L'Accordo Stato-Regioni siglato il 19 aprile 2012 stabilisce quanto segue: "In considerazione del contesto generale e ritenendo comunque opportuno confermare il debito complessivo dei crediti a 150 per il triennio 2011-2013 (50 crediti annui, minimo 25 massimo 75) si prevede la possibilità per tutti i professionisti sanitari di riportare dal triennio precedente (2008-2010) fino a 45 crediti.

Per quanto riguarda i professionisti sanitari operanti nel territorio abruzzese colpito dal terremoto del 2009, in base alla determina della Commissione nazionale per la formazione continua, il debito formativo per il 2011 è di 30 crediti di cui obbligatori 15."

Tra i contenuti inclusi nel documento vi sono le Linee Guida per i Manuali di accreditamento dei Provider a livello nazionale e regionale; l'istituzione dell'Albo dei Provider; i crediti formativi richiesti per il triennio 2011-2013; le regole per i corsi tenuti da Ordini e Collegi; gli obiettivi formativi del programma ECM; il sistema di verifiche, controlli e monitoraggio della qualità e le regole per i liberi professionisti.

(il testo integrale del documento può essere consultato alla pagina: [http://ape.agenas.it/documenti/ACCORDO\\_19\\_APRILE\\_2012.pdf](http://ape.agenas.it/documenti/ACCORDO_19_APRILE_2012.pdf))

L'Accordo traccia nuove regole per rendere omogeneo il sistema ECM su tutto il territorio nazionale, introduce una maggiore integrazione tra i diversi attori della formazione continua in sanità e assegna gli Ordini, i Collegi, le Associazioni professionali e le rispettive Federazioni il ruolo di garante della professione di certificatori della formazione continua.

Il documento sancisce definitivamente il passaggio dall'accREDITAMENTO dei singoli eventi alla situazione attuale, che prevede quello dei Provider, introducendo alcuni importanti elementi di novità so-



prattutto sul ruolo rivestito da Ordini, Collegi ed Associazioni.

Dal 1 gennaio 2014 è affidato agli Ordini il compito di verificare che ogni professionista abbia ottemperato all'obbligo di "seguire percorsi di formazione continua permanenti". In tal senso è stato istituito un apposito Consorzio deputato ad istituire un'anagrafe nazionale dei crediti formativi da rivolgere a tutti gli Ordini, Collegi, Associazioni Professionali presenti sul territorio affinché gli stessi possano certificare al termine del triennio formativo i crediti acquisiti. La certificazione avverrà con modalità che saranno comunicate dagli Ordini, Collegi e Associazioni ai propri iscritti.

Inoltre gli Ordini, Collegi, Associazioni Professionali sono presenti anche nella posizione di *auditer* nel processo di qualità della formazione continua partecipando con propri designati alla costituzione degli Osservatori e alla partecipazione in qualità di auditor dell'Osservatorio nazionale per la qualità della formazione continua nonché degli Osservatori regionali.

## **QUANTI CREDITI DEVONO ESSERE MATURATI NEL TRIENNIO 2011-2013?**

Sono stati confermati in 150 i crediti formativi richiesti complessivamente per il triennio. Per ogni anno i professionisti dovranno acquisire un minimo di 25 crediti e un massimo di 75. Si prevede la possibilità di riportare fino ad un massimo di 45 crediti dal triennio 2008-2010, a condizione che il professionista abbia pienamente ottemperato al debito formativo previsto per il triennio precedente di 150 crediti formativi (c.f.) oppure 90 c.f. [1].

**La Commissione nazionale ha stabilito, per i soli infermieri, il limite del 60% (90 su 150) dell'acquisizione dei crediti in modalità Formazione a distanza (FAD).**

Per i professionisti sanitari del territorio abruzzese colpito dal terremoto del 2009, i crediti formativi richiesti per il 2011 sono ridotti a 30, di cui 15 obbligatori.

Dal triennio 2005-2007, il professionista, che ha acquisito 60 crediti formativi 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 c.f. Chi non ha acquisito i crediti formativi sulla base delle indica-

zioni riportate, deve per ogni periodo, acquisire 150 crediti formativi.

ANNO	CREDITI	MINIMO	MASSIMO
2011	50	25	75
2012	50	25	75
2013	50	25	75

La Commissione Nazionale ha previsto la possibilità di riportare fino ad un massimo di 45 crediti dal triennio precedente 2008-2010. Chi ha maturato 45 o più crediti deve conseguire solo 105; possono essere riportanti anche crediti in numero inferiore a 45: in tal caso i crediti da conseguire corrisponderanno alla differenza tra 150 e quelli riportati dal triennio precedente.

I liberi professionisti possono acquisire i crediti formativi attraverso modalità flessibili per crediti/anno. I professionisti possono conseguire al massimo 1/3 dell'intero ammontare di crediti del triennio attraverso

la partecipazione ad eventi formativi su invito diretto di Sponsor

### QUALI MODALITA' DI FORMAZIONE SONO CONCESSE?

Formazione residenziale  
Workshop, seminari, corsi (anche all'interno di congressi ecc.)  
Convegni, congressi, simposi, conferenze (oltre 200 partecipanti)  
Formazione residenziale interattiva  
Training individualizzato  
Gruppi di miglioramento  
Attività di ricerca  
Audit clinico e/o assistenziale  
Autoapprendimento senza tutoraggio  
Autoapprendimento con tutoraggio

Docenza e tutoring (2 crediti formativi per ogni ora di effettiva docenza in eventi o progetti formativi aziendali, entro il limite del 50% dei crediti da acquisire nel corso dell'anno solare)

### Eventi Formativi 2012:

DATA	CORSI ECM RESIDENZIALI	N° partecipanti	Ore formazione	N° crediti
28/1/2012	<b>Medici e Infermieri perché sempre in conflitto?</b> Istruzioni per l'uso	217	4,00	2
9/3/2012	Con il Coordinamento Nazionale Caposala sede di Vicenza: <i>"Il coordinamento infermieristico tra sogno e realtà: aspettative e quotidianità. La professione tra immaginario e ordinario"</i>	91	4,50	3
12/5/2012	12 Maggio <b>GIORNATA INTERNAZIONALE DELL'INFERMIERE: CRESCERE CON GLI INFERMIERI</b> <i>"Lo sviluppo della cultura infermieristica per il miglioramento dell'assistenza"</i>	75	4,00	3
16/6/2012	Plenaria: Il <b>Coordinatore infermieristico: un professionista in continua evoluzione</b>	13	4,25	4
21 e 28/9/2012 e 7/12/2012	<b>Essere o fare i coordinatori?</b> Percorso formativo /esperienziale per lo sviluppo delle competenze del coordinatore infermieristico	13	20,00	25
4 e 11/10/2012	<b>Collaborare in équipe:</b> strategie e strumenti per potenziare le risorse del gruppo di lavoro	13	16,00	20
8 e 15/11/2012	<b>Collaborare in équipe:</b> strategie e strumenti per potenziare le risorse del gruppo di lavoro	21	16,00	20
30/10/2102 A Vicenza	con il Coordinamento Regionale Collegi IPASVI del Veneto: <i>L'Infermiere all'interno del Nuovo Piano Socio Sanitario Regionale del Veneto</i>	60	4	4
12/11/2012 A Bassano	con il Coordinamento Regionale Collegi IPASVI del Veneto: <i>L'Infermiere all'interno del Nuovo Piano Socio Sanitario Regionale del Veneto</i>	100	4	4
<b>TOTALI</b>		<b>603</b>	<b>76,75</b>	<b>85</b>



Le nuove regole del Governo e le disposizioni della Federazione Nazionale Collegi IPASVI hanno fatto dibattere a lungo il Consiglio Direttivo sui nuovi impegni del Collegio quale organo deputato alla verifica della situazione crediti ECM per ogni professionista iscritto. L'aggiornamento professionale non è solo un obbligo normativo, ma anche deontologico:

*"L'infermiere fonda il proprio operato su conoscenze validate e aggiorna saperi e competenze attraverso la formazione permanente, la riflessione critica sull'esperienza e la ricerca. Progetta, svolge e partecipa ad attività di formazione. Promuo-*

*ve, attiva e partecipa alla ricerca e cura la diffusione dei risultati."*  
(Codice Deontologico 2009 - Capo III - Articolo 11)

Quali gli orientamenti del Collegio IPASVI di Vicenza per il 2013? L'Intento è quello di fornire agli iscritti diverse opportunità formative che indaghino le tematiche d'interesse trasversale a tutte le aree tematiche siano esse normative, deontologiche, ma anche argomenti tecnici strettamente correlati alla pratica assistenziale. Si intende stendere un piano formativo/informativo che possa essere accessibile ad un numero di iscritti sempre più eleva-

to e che sia attrattivo tanto per gli iscritti provenienti dal territorio sia dalle realtà di ricovero, siano esse pubbliche o private con l'impegno di mantenere prezzi molto bassi a titolo di partecipazione dell'iscritto. Si proporranno eventi formativi residenziali ed interattivi, convegni e congressi che esploreranno alcune delle tematiche contemplate nelle 29 aree previste dall'Accordo Stato - Regioni.

Tenetevi aggiornati visitando il sito [www.vicenzaipasvi.it](http://www.vicenzaipasvi.it) nella pagina **ECM**.

■ di **Sonia Dal Degan**  
**Tesoriere**

## Rivelazione del segreto d'ufficio

*Il giorno [...] al Consultorio Familiare di [...] dove la sottoscritta presta servizio si è presentata la signora [...] del Centro Aiuto alla Vita per sollecitare il nostro aiuto in merito ad un caso di minorenne (14 o 15 anni) gravida al 5° mese. La richiesta di aiuto era inoltrata a nome del fidanzato diciannovenne della ragazza presentatosi precedentemente al Centro Aiuto per la Vita per informarsi su cosa fosse legalmente possibile fare per indurre la ragazza a trattenersi dall'abortire [...]*

*La volontaria del Centro Aiuto per la Vita mi ha informato del fatto che la ragazza incinta, accompagnata dai genitori, si era già rivolta al reparto di Ginecologia per non meglio precisati motivi. [...]*

*Vista la situazione e considerato*

*che lo stato di gestazione superava i limiti di legge per la pratica ordinaria di interruzione di gravidanza, i ginecologi del reparto avevano ritenuto opportuno indirizzare la minorenne a verificare la possibilità di acquisire, tramite una consulenza [...], la certificazione utile per l'aborto oltre la 12° settimana.*

*In tale occasione ho informato la signora del Centro Aiuto per la Vita delle vigenti disposizioni di legge per cui ho chiarito che la certificazione per l'aborto può essere rilasciata solamente in presenza di specifiche patologie.*

*Più tardi, poiché i casi delle minorenni rientrano nelle competenze specifiche del Consultorio Familiare, ho ritenuto opportuno e prudente procedere alla tempestiva e veritiera assunzione di più precise informazioni sull'effettiva*

*settimana di gravidanza e ciò, in funzione dell'alta probabilità che il caso sarebbe approdato al nostro Consultorio.*

*Qualche giorno più tardi, nel corso di un incontro di formazione interno ho presentato il suddetto caso. Il mio responsabile si è opposto al mio operato contestandomi la telefonata fatta in Ginecologia con espressa accusa di avvenuta violazione della privacy, del segreto professionale e del segreto d'ufficio.[...]*

*SI allega copia del verbale dell'incontro per una sua valutazione in merito alle accuse rivoltemi.*

Egregia collega,

non conoscendo nel dettaglio l'iter procedurale che regola i rapporti tra il Consultorio Familiare e il Centro Aiuto alla Vita, ed in particolare i termini di attivazione del vostro intervento, mi limito a considerare che la sua azione informativa circa le vigenti disposizioni di legge inerenti alla certificazione medica oltre alla 12<sup>a</sup> settimana mi sembra appropriata.

Per quanto concerne le affermazioni di biasimo rivoltale ritengo che siano prive di fondamento.

La rivelazione del segreto professionale è sanzionata dall'art. 622 del Codice Penale. Per segreti si intendono tutti quei fatti e quelle circostanze che "l'assistito ha interesse a non far conoscere, perché la loro conoscenza rappresenterebbe per lui una causa di danno".

Due circostanze escludono la sussistenza del reato: il consenso dell'assistito alla rivelazione e la trasmissione del segreto. Quest'ultima fattispecie è rappresentata dalla rivelazione del segreto a persone egualmente tenute al segreto, resa necessaria da circostanze in-

erenti lo stesso interessato o dovute a finalità sociali come la trasmissione ad altri professionisti. Il segreto professionale è particolarmente stringente nei casi di interruzione volontaria della gravidanza. Per l'aborto volontario l'art. 21 della legge 22 maggio 1978, n. 194 specifica che "chiunque, fuori dei casi previsti dall'art. 236 del C.P., essendone venuto a conoscenza per ragioni di professione, rivela l'identità di chi ha fatto ricorso agli interventi previsti dalla legge, è punito a norma dell'art. 622 del CP".

L'obbligo di non rivelare il segreto professionale non è solo un obbligo giuridico ma anche deontologico. A questo proposito il Codice deontologico della Federazione IPASVI del 2009 dispone all'art. 28: "L'infermiere rispetta il segreto professionale non solo per obbligo giuridico, ma per intima convinzione e come espressione concreta del rapporto di fiducia con l'assistito".

La rilevazione del segreto d'ufficio è un reato previsto dall'art. 326 del Codice Penale. Si hanno gli estremi del reato di rilevazione di segreto d'ufficio quando il pubblico ufficiale e l'incaricato di pubblico servizio lo

rivelano volontariamente o ne agevolano la conoscenza. A differenza del reato di rivelazione del segreto professionale che tutela l'assistito, la rivelazione del segreto d'ufficio tutela la pubblica amministrazione. Come ben vede, la normativa parla esclusivamente di rivelazione di informazioni e non di acquisizione delle stesse a scopi prettamente professionali, come nel suo caso. Le accuse di diffusione del segreto professionali, dovrebbero casomai essere rivolte piuttosto al personale del reparto di Ginecologia, anche se saremmo comunque nell'ambito della trasmissione del segreto ad altri professionisti tenuti egualmente al riserbo.

Il trattamento dei dati personali è normato dal D.Lgs 30 giugno 2003, n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali". Tra i dati riconosciuti sensibili e quindi oggetto di particolare tutela vi sono i dati personali idonei a rivelare lo stato di salute.

La normativa citata afferma che gli esercenti le professioni sanitarie, previa acquisizione del consenso informato del paziente, possono trattare i dati sanitari dello stesso

per finalità di tutela della sua salute o incolumità fisica (artt. 75 e ss.). Gli esercenti le professioni sanitarie, nell'ambito della programmazione, gestione, controllo e valutazione dell'assistenza sanitaria trattano i dati personali idonei a rivelare lo stato di salute:

**a) con il consenso** dell'interessato e anche senza l'autorizzazione del Garante, se il trattamento riguarda dati e operazioni indispensabili per perseguire una finalità di tutela della salute;

**b) anche senza il consenso** dell'interessato e previa autorizzazione del Garante, se la finalità riguarda un terzo o la collettività.

Per diffusione di dati sensibili si intende il darne conoscenza a soggetti indeterminati, in qualunque forma, anche mediante la loro messa a disposizione o consultazione. A specifica tutela sono posti i dati sensibili relativi alle attività ammi-

nistrative correlate all'applicazione della disciplina in materia di interruzione volontaria della gravidanza, con particolare riferimento a quelle svolte per la gestione di consultori familiari e istituzioni analoghe, per l'informazione, la cura e la degenza delle madri, nonché per gli interventi di interruzione della gravidanza (art. 86).

Ogni Ente sanitario definisce al proprio interno le modalità operative di trattamento dei dati e l'attribuzione delle responsabilità. Inoltre, comunica all'esterno le proprie modalità organizzative per il trattamento dei dati sensibili attraverso l'informativa agli interessati e un regolamento sul trattamento dei dati sensibili e giudiziari. L'informativa contiene, tra l'altro, l'indicazione delle categorie di soggetti ai quali i dati personali possono essere comunicati o che possono venirne a conoscenza in qualità di responsabili o inca-

ricati, e l'ambito di diffusione dei dati medesimi. Oltre alla necessaria ricostruzione dei fatti è a questo documento che si fa riferimento per verificare se vi sia stata una violazione della privacy.

Concludendo, mi sembra sia chiaro che non vi siano sussistenti elementi per riconoscere nel suo operato una violazione della privacy, del segreto professionale e del segreto d'ufficio.

Cordiali saluti

## Manometri d'ossigeno

*Buongiorno, mi chiamo [...] e sono iscritta al vostro collegio. Attualmente lavoro in una casa di riposo la quale non è dotata essendo una vecchia struttura dell'erogazione centralizzata dell'ossigeno ma di bombole da 10 litri. Attualmen-*

*te l'uso dei manometri per queste bombole e il relativo controllo è un compito infermieristico come il segnalare eventuali rotture degli stessi. Ci viene richiesto dal servizio interno di manutenzione anche la sostituzione delle guarnizioni di*

*plastica dei manometri. Il controllo periodico su questi manometri è sempre una competenza infermieristica o spetta a qualcun'altro?*

Egr. Laura,

la disposizione Aifa del 7.10.2009, in attuazione del Codice europeo dei Medicinali (D.Lgs 219/2006) che recepiva la direttiva 2001/83/CE, ha previsto che i gas medicinali siano equiparati ai farmaci. Pertanto l'ossigeno è considerato un farmaco a tutti gli effetti.

Siccome l'infermiere garantisce la corretta applicazione delle prescrizioni diagnostiche-terapeutiche (DM. 739/94), la somministrazione di ossigeno tramite bombole e flussimetro così come la loro conservazione e controllo rientrano nel campo di competenza dell'infermiere. Se a causa di un malfunzionamento dei manometri, l'erogazione dell'os-

sigeno prescritto fosse insufficiente, delle conseguenze sul paziente ne risponderebbe l'infermiere stesso. Nella strutture sanitarie i controlli periodici di funzionalità e la manutenzione programmata delle bombole e dei riduttori sono a carico della ditta fornitrice. L'infermiere è responsabile della corretta tenuta delle bombole, del controllo della loro capacità e funzionalità.

È pur vero che egli agisce in collaborazione con gli operatori sanitari mediante l'attribuzione di funzioni. Se si ritiene che i controlli succitati siano attribuibili agli OSS, e da parte dell'organizzazione c'è il sostegno a questa scelta con strumenti operativi e documentativi adeguati (schede di attribuzione dell'attività,

schede per riferire l'esecuzione e l'esito dell'intervento..) l'infermiere rimane responsabile del processo mentre l'OSS mantiene la responsabilità della corretta esecuzione e quindi risponde, se commette errori, nell'applicazione di quanto indicato. Per quanto riguarda la sostituzione delle guarnizioni, ritengo che non vi siano né previsioni giuridiche né motivazioni organizzative che possano distogliere l'infermiere dall'attività propriamente assistenziale delegandogli la manutenzione di dispositivi, apparecchiature e gas medicali.

Cordiali saluti.

■ di **Fabio Vicariotto**  
Consigliere

# Resoconto attività istituzionale

## Collegio IPASVI Vicenza

Consigli direttivi effettuati anno 2012: **n. 21**

Presenza Media consiglieri: **74%**

### Ordini del Giorno Discussi:

1. Obiettivo verifica accettazione da parte di tutti i Consiglieri neo eletti dell'incarico
2. Assegnazione delle cariche con votazione.
3. Obiettivi programmatici del triennio 2012-2014
4. Costituzione gruppi di lavoro
5. Definizione obiettivi 2012 e aree tematiche di sviluppo
6. Giornata dell'infermiere, 12 Maggio 2012: verifica stato avanzamento attività previste
7. Organizzazione partecipazione al XVI Congresso Federazione Nazionale Collegi Ipasvi
8. Aree tematiche di sviluppo: stato dell'arte
9. Informativa su sviluppi PSSR e analisi interventi istituzionali necessari
10. Proposte supporto Eventi/Convenzioni
11. Condivisione della mission del Collegio
12. Elezioni rinnovo Comitato Centrale FNC: condivisione scelta candidati
13. Progress Mission Collegio
14. Esito incontro con dott. Cracco per richiesta supporto divulgativo per Master Case Manager cure primarie avanzate
15. Organizzazione definitiva Giornata del 12 maggio 2012
16. Presentazione della "Bozza evoluzione professione infermieristica: accordo stato-regioni"
17. Seminari FNC per consiglieri Torino/Reggio Calabria
18. Consuntivo ConSIGlio Nazionale 18 maggio
19. Consuntivo giornata 12 maggio
20. Acquisto personal computer
21. Obiettivi attività 2012
22. Consuntivo Consiglio Nazionale 06 giugno
23. Consuntivo Seminari Consiglieri Torino/Reggio Calabria
24. Condivisione obiettivi attività 2012
25. Erogazione di un contributo per l'emergenza terremoto dell'Emilia Romagna
26. Conclusione condivisione seminari (parte ECM)
27. Rimodulazione obiettivi attività 2012
28. Procedura concessione del patrocinio (circ. FNC 2011)
29. Bando concorso "A spasso con tesi": deliberazione premi
30. Concessione patrocinio corso "WEEK SURGERY: programma correttamente gli interventi dal lunedì al venerdì"
31. Resoconto Coordinamento Regionale del 20 agosto: formazione Commissari Tesi di Laurea, PSSR, Commissari OSS
32. Soccorso antincendio: formalizzazione squadra
33. Aggiornamento manuale legislativo: proposta acquisto 4 testi aggiornati sugli aspetti giuridici (ultima edizione)
34. Organizzazione presenza Consiglieri per segreteria ai corsi Coordinatori e Infermieri
35. Proposta elaborazione e stampa locandine (pubblicità) – 4 corsi Copes/Boaretto
36. Proposta di Delibera del nuovo tariffario e altri punti sulla Libera Professione
37. Progetto Infermieri Pediatrici (Dott.ssa Padovan)
38. Progetto ICARO's sull'inserimento lavorativo dell'infermiere (Marco Tomietto)
39. Proposta commerciale Finanza & Futuro Banca
40. Resoconto incontro con Dirigenti Padova 13 settembre
41. Progettazione procedure attività di segreteria
42. Progetto Comunicazione
43. Resoconto Consiglio Nazionale 07 ottobre
44. Nomina componenti Commissione esami finali Corsi di Laurea Università Verona
45. Piano Formazione 2013
46. Riflessioni su gestione mediatica evento PSSR 30 ottobre 2012
47. Gestione procedure amministrative di segreteria: stato dell'arte
48. Bilancio preventivo 2013
49. Verifica finale obiettivi attività anno 2012
50. Identificazione partecipanti corso Commissari OSS
51. Concessione partnership evento Coordinamento Caposala (dott.ssa Meggiolaro) del 1 marzo 2013
52. Identificazione componenti gruppo di lavoro esame stato Università Verona

**di Barbara Pozza**  
**Segretario**

media presenze 11,57%

Riassunto delle attività e delle presenze:

N° C.D	1*	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22
consiglieri		15	15	13	11	14	12	15	14	11	10	9	12	12	11	8	9	10	9	9	12	12
iscrizioni		0	3	0	11	4	0	24	3	22	0	10	3	6	11	5	1	3	3	6	36	14
cancellazioni		0	6	1	0	0	0	4	1	0	0	1	2	0	4	4	7	1	3	2	2	1
variazioni		0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	2	1	0	0	4	1	0	0	0	0	0

\* mandato precedente



COLLEGIO PROVINCIALE DI  
**VICENZA**

# INFERMIERI INFORMATI