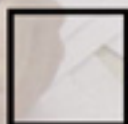
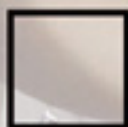


INFERMIER

notizie dal collegio

 COLLEGIO PROVINCIALE DI
VICENZA
Anno XV Numero 2



VOTAZIONI

del collegio
2015-2017

24-25-26 OTTOBRE 2014

INFERMIER

Editoriale

I ringraziamenti
del Presidente
Pegoraro

Formazione

Corsi ECM del 2°
semestre.
Corsi FAD on-line

Approfondimento

Il fascicolo sanitario
elettronico.
I vantaggi.

Libreria

“L’Infermiere di
Comunità.
Dalla teoria alla
prassi”

Angolo Giuridico

Proposte di lavoro,
occhio alle truffe!

norme editoriali

Infermieri Informati pubblica aggiornamenti, comunicazioni brevi, note di attualità, rassegne il cui contenuto sia di chiaro interesse professionale-scientifico infermieristico. Verranno presi in considerazione solo lavori originali (non pubblicati in precedenza) e che non verranno successivamente pubblicati altrove. La responsabilità del contenuto scientifico è esclusivamente degli Autori. La pubblicazione del materiale è subordinata al giudizio insindacabile della Redazione, la quale si riserva la facoltà di apporre piccole modifiche nel contenuto e/o nella forma.

Note tecniche: il materiale dovrà pervenire in formato elettronico

(Word o Rtf) via e-mail con oggetto "Proposta di pubblicazione" all'indirizzo vicenzaipasvi@vicenzaipasvi.it o su CD, completo di eventuali tabelle, immagini allegate (segnare nel testo, tra parentesi quadre e in grassetto, il punto di inserimento di ogni allegato). I lavori originali vanno scritti con interlinea 1,5, su una sola facciata, con pagine numerate progressivamente.

Nella prima pagina saranno indicati: il titolo, il nome (per esteso), il cognome degli autori, qualifiche professionali ed Ente di appartenenza. Sempre nella prima pagina dovrà comparire il recapito dell'autore (preferibile l'indirizzo di posta elettronica).

In particolare per la sezione "Approfondimenti" è consigliabile la presenza di un riassunto in italiano e preferibilmente anche in inglese con relative parole chiave. Eventuali ringraziamenti saranno posti alla fine dell'articolo prima della bibliografia. Le tabelle andranno citate in estenso nel testo e con numeri arabi (ad es. tabella 1, figura 1, tutto minuscolo). Se si usano parole straniere è bene ricordare che non si declina mai (ad es. caregiver e non caregivers).

La Bibliografia, secondo Vancouver Style, va inserita nell'ultima pagina e va numerata nell'ordine con cui le singole voci vengono citate nel testo.

I richiami, nell'articolo, vanno in numerazione araba.

Per le riviste: Autori (cognome e iniziale del nome). Titolo dell'articolo. Titolo della rivista; anno e dopo il punto e virgola (;) il volume. A seguito due punti (:): pagine. Non è obbligatorio indicare il numero del fascicolo.

Ad esempio:

Storti M, Dal Santo P, Zanolin ME. A comparison study between two pain assessment scales for hospitalized and cognitively impaired patients with advanced dementia. Prof Inferm 2008; 61: 210-5.
Per i libri: Autori (cognome e iniziale del nome). Titolo. Editore, città di edizione e anno di edizione.

EDITORIALE

APPROFONDIMENTI

ASSEMBLEA

BILANCIO

FORMAZIONE

RASSEGNA STAMPA

L'ANGOLO GIURIDICO

LIBRERIA

ISSN 1721-2456
Quadrimestrale,
Anno XV Numero 1

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. 0444 303313 Fax. 0444514311
e-mail vicenzaipasvi@vicenzaipasvi.it

Progetto grafico
Net evolution Srl
www.net-evolution.com

Stampa
Officina Grafica Aldighieri Snc
www.aldighieritipografia.it

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

Foto:
Archivio Ipasvi Vicenza



Editoriale	4
Standard assistenziali: per dare equità al sistema. Ma non sarà così.	5
Sviluppo di un percorso integrato Ospedale Territorio per la presa in carico dell'utente a rischio di caduta.	6
Assemblea annuale	9
Bilancio annuale	10
Piano formativo del 2° semestre	14
Quesiti giuridici	17
Riparare relazioni di cura in panne	18
RC professionale e tutela legale	19
Il fascicolo sanitario elettronico	20
Rassegna stampa	22
Fresco di... Lettura	24

Cara/o collega

mi accingo a scrivere l'ultimo editoriale di questo mandato, con ferma coscienza e puntuale riscontro di un percorso trascorso assieme.

Il lungo ed intenso periodo è stato caratterizzato da mille sfaccettature: pensieri, riflessioni, condivisioni d'intenti, condivisioni di percorsi, ma soprattutto, confronti costruttivi per tutti Noi appartenenti al Collegio IPASVI di Vicenza.

All'inizio di questo mio primo mandato in qualità di Presidente ho ereditato un trascorso di credito del Collegio, che ha evidenziato nel tempo aree di forza e in taluni momenti anche aree di difficile interpretazione e/o gestione, dovuta al periodo storico che stiamo vivendo, che a effetto domino, ha toccato il nostro essere Infermieri.

Normative, decreti, scelte politiche e molto altro hanno inciso in modo veloce e scadenzato negli ultimi tre anni, con una necessità di risposta in termini di continua riprogrammazione e riorganizzazione dell'attività del Collegio.

Un approccio diverso, quantificato in un'attenzione esponenziale su ciò che accadeva in particolare a livello locale e regionale, ma con uno sguardo attento anche al nazionale:

- a livello locale ricordo gli incontri di confronto e discussione con i Direttori Generali delle Aziende ULSS della Provincia, al fine di costituire una rete di relazioni positive;

- a livello regionale (in sinergia con i colleghi degli altri Collegi provinciali del Ve-

neto) evidenzio l'intensa attività correlata all'emanazione del PSSR 2012-2016, alla discussione sulle schede di dotazione ospedaliera, alla questione dei tempi minimi di assistenza nelle degenze ospedaliere, che non hanno mai visto calare il nostro livello di attenzione;

- a livello nazionale segnalò il coinvolgimento in relazione al dibattito sulle competenze infermieristiche specialistiche/avanzate.

Personalmente non posso che essere soddisfatto del Team, eletto da Voi, che mi ha affiancato in questo mandato: colleghi consiglieri che hanno profuso un enorme impegno e dedicato molte ore del loro tempo per trovare con me una risposta positiva e possibilmente risolutiva alle svariate situazioni che man mano si sono poste alla nostra attenzione, affrontate con il rigore di un'etica che non può far altro che renderci orgogliosi.

La necessità (e la ricerca) di un confronto aperto e diretto è stato il nostro cavallo di battaglia, il fil rouge del mandato.

Credo fortemente che il Collegio IPASVI di Vicenza ricopra un ruolo importante nel territorio, attraverso la fermezza di un certo modo di agire che si traduce in indipendenza di pensiero e di azione, allo scopo di garantire ciò per cui tale istituzione è nata:

- tutelare la garanzia del diritto di salute del cittadino, che deve ricevere prestazioni assistenziali di qualità da professionisti abilitati;

- tutelare la dignità e l'immagine della professione e del professionista iscritto verso la società.

I lunghi dibattiti che sono intercorsi negli ultimi mesi, messi in risalto nella stampa e nei social network sul ruolo dei Collegi, sulle loro azioni, sulla loro posizione nei confronti degli iscritti, hanno evidenziato una sorta di azioni scoordinate, generando talvolta una reale confusione.

La confusione non può che essere controproducente in una condizione generale in cui l'unica strategia vincente per la professione risulta essere la coesione, il lavoro di squadra ed il perseguimento di medesimi obiettivi, a tutti i livelli e per tutti gli interlocutori coinvolti. Solo la piena consapevolezza e convinzione di questo rende credibili... nel rispetto dei reciproci ruoli.

A chiusura ricordo che a fine ottobre avranno luogo le elezioni per il rinnovo del Consiglio Direttivo e del Consiglio dei Revisori dei Conti; se vuoi impegnarti attivamente nelle attività istituzionali di rappresentanza presso il Collegio, Ti sollecito a presentare la tua candidatura.

Nel contempo, Ti ringrazio per la fiducia accordata al sottoscritto e ai Consiglieri in carica ed invito comunque tutti ad essere presenti nella prossima Assemblea Elettiva il prossimo ottobre, per votare e dare fiducia ai Vostri futuri rappresentanti per il prossimo mandato triennale.

Un caro saluto

a cura di
Federico Pegoraro
Presidente



Standard assistenziali: per dare equità al sistema. Ma non sarà così.

Sembra proprio che noi infermieri siamo troppo allarmisti rispetto agli effetti della delibera regionale e le parole del segretario generale alla Sanità veneta *dott. Domenico Mantoan* tentano di diradare questi dubbi e afferma che *"La delibera non nasce per tagliare, ma nasce per dare equità"*.

Eppure la disanima presentata da esperti di settore in occasioni pubbliche, come il dott. Daniele Salmaso, il professor Ivan Cavicchi, il dott. Marcello Bozzi, chiarisce senza dubbi gli effetti di tale provvedimento

e, dicono, **si sta assistendo ad un divario sempre più marcato**: le condizioni dei pazienti, da un lato, sono divenute più complesse, per effetto della comorbidità e dei cambiamenti epidemiologici, mentre dall'altro, **gli ospedali hanno focalizzato l'attenzione sugli aspetti economici**.

Il tasso di occupazione dei letti è aumentato senza che vi sia stato un adeguamento quantitativo degli staff infermieristici mentre lo skill mix, ovvero la proporzione di cure infermieristiche, è più diluito per l'insediamento dell'OSS. (Saiani, 2011).

Di conseguenza è aumentato il rischio di eventi avversi – e la riduzione del numero di infermieri rappresenta una evidente minaccia alla qualità delle cure per l'elevato rischio di errori, e di Cure perse – determinate dall'insufficienza di risorse riconducibili all'aumento del numero dei pazienti e/o al loro peggioramento (Kalish, 2009).

Nel corso degli anni vi sono state **tante le iniziative per definire i livelli ottimali di personale (staffing) ma non hanno portato a degli standard condivisi**.

- (DPR 168/69) assistenza minima nelle 24 ore
- Delibera CIPE del 1984
- DM 1988, minuti assistenziali standard per le aree di intensità di cure

Dagli anni 90 la definizione delle dotazioni organiche è stata demandata:

- alle Regioni (Dlgs. 502/92)
- Alle Pubbliche amministrazioni (Dlgs 29/93e Legge 537/93)

Non solo, ma gli ultimi provvedimenti normativi hanno riportato il tema delle dotazioni organiche sotto vincoli esclusivi di carattere economico.

Nonostante il dibattito nella letteratura professionale internazionale (prevalentemente anglosassone) si è sviluppato, contrariamente alle indicazioni normative, partendo dai bisogni dei pazienti, delle loro caratteristiche e dalla loro numerosità, i metodi sviluppati per la classificazione della complessità dei pazienti e delle cure necessarie si sono rivelati complessi, imperfetti, macchinosi e difficilmente utilizzabili. Oggi è diffusamente raccomandata la triangolazione realizzata da infermieri dirigenti: un approccio in cui le decisioni sulle dotazioni organiche sono assunte integrando i dati disponibili sul personale, sui pazienti e sull'assistenza, sul giudizio professionale degli esperti di gestione, sui dati di benchmarking.

Ma il dottor Domenico Mantoan nei suoi interventi a Padova il 7 febbraio (convegno Veneto e Salute) e a Verona il 29 maggio (convegno CNC, Coordinamento nazionale Caposala), parla di risorse diminuite, di fondo economico sotto finanziato, di blocco delle assunzioni degli infermieri e afferma *"Questo è il contesto e qua è nata la delibera degli standard. Ma qualcuno ha fatto le simulazioni sul proprio ospedale? Simulata e applicata, quanti tagli si creano? Non vengono fatti tagli. Siamo partiti dalla verifica degli standard attuali e vi assicuro che in Veneto c'è una grossa disomogeneità di presenza infermieristica e di OSS"*.

Ecco l'analisi del segretario generale, il vero problema è che in Veneto c'è una grossa disomogeneità di presenza infermieristica e OSS. Mentre tutte le altre figure impegnate nel Servizio Sanitario regionale sono in numero adeguato.

Mio padre nella sua semplice modalità di analizzare i fatti avrebbe detto che se gli infermieri e OSS diminuiscono, la capacità produttiva diminuisce. E così sarà.

L'applicazione degli standard non darà equità al sistema sanitario veneto.

Fatta 100 l'assistenza, una parte sarà assolta dagli infermieri, una parte attribuita dagli stessi agli OSS, una parte resterà terra di nessuno (professionista) e ricadrà appieno a carico delle famiglie, sia in termini di tempo che in termini economici.

a cura di
Gian Maria Fanchin
Vice Presidente





Sviluppo di un percorso integrato Ospedale Territorio per la presa in carico dell'utente a rischio di caduta.

Il 14 gennaio 2014 presso l'Auditorium S. Paolo - Ospedale Pediatrico Bambino Gesù di Roma si è svolto un incontro organizzato e promosso da **Joint Commission International ed il Network Italia JCI** per mettere in evidenza iniziative di miglioramento della qualità adottate nei contesti sanitari italiani per dimostrare come si possa offrire cure migliori e più sicure ai pazienti, migliorare la governance delle organizzazioni e non ultimo ottimizzare l'uso delle risorse al fine di un risparmio economico assolutamente necessario nel contesto storico in cui viviamo oggi.

Tale evento nasce dalla consapevolezza che il nostro sistema sanitario è sottoposto a continue critiche e si rincorrono costanti richiami alla spending review per poterlo sostenere. Purtroppo i primi costi che subiscono tagli drastici o mancati investimenti sono sempre quelli orientati al miglioramento della qualità. Implicitamente viene trasmesso un messaggio distorto della qualità che viene percepita come un elemento aggiuntivo e superfluo rispetto ad altri considerati "core" dell'erogazione di prestazione sanitaria.

Da ciò ne scaturisce un circolo vizioso che reca danno a più livelli:

- 1- al cittadino che non riceve assistenza appropriata;
- 2- al professionista costretto a lavorare senza motivazione;
- 3- ai decisori, sempre più vincolati a tagli orizzontali e senza criteri discriminanti la spesa più o meno appropriata.

L'esperienza di JCI dimostra invece che lavorare sul miglioramento della qualità consente di offrire cure migliori senza necessariamente ricorrere ad investimenti economici infruttuosi.

Joint Commission International è tra i leader mondiali nello sviluppo di standard e metodologie a salvaguardia della sicurezza del paziente ed allo sviluppo del miglioramento continuo.

L'accreditamento JCI rappresenta il massimo riconoscimento di qualità delle cure per le organizzazioni sanitarie, che in Italia circa 30 organizzazioni hanno già ottenuto. L'esperienza di queste organizzazioni dimostra che gli standard JCI consentono di migliorare la sicurezza del paziente ed

al contempo sono uno strumento efficace per il governo clinico.

Durante la giornata del 13 gennaio alla presenza della dott.ssa Paula Wilson, Direttore Generale di JCI, sono stati presentati 14 elaborati scelti fra circa 80 progetti di miglioramento proposti da altrettante organizzazioni sanitarie, suddivisi in due categorie (7 progetti per la categoria "NON accreditati" e 7 progetti per la categoria "Accreditati").

Nella giornata del 14 gennaio illustri professionisti tra cui il dott. Giuseppe Profiti (Ospedale Pediatrico Bambino Gesù), dott.ssa Paula Wilson (Joint Commission International), dott. Antonello Zangrandi (Università degli Studi di Parma), Dott. Walter Ricciardi (Università Cattolica di Roma), dott.ssa Annalisa Silvestro (IPASVI), dott. Paolo Cantaro (Ospedale Cannizzaro), dott. Massimiliano Raponi (Ospedale Pediatrico Bambino Gesù), dott. Filippo Azzali (Progea srl) hanno relazionato circa l'evoluzione che le organizzazioni sanitarie italiane stanno percorrendo in termini di sicurezza e qualità delle cure sanitarie.

La giornata si è conclusa con la premiazione di due progetti considerati tra i più rilevanti e meritevoli di evidenza.

L'Azienda Ulss5 Ovest Vicentino rappresentata dalla Dott.ssa Romina Cazzaro Dirigente Medico presso la Direzione Medica Ospedaliera, la dott.ssa Maria Paola Peruzzo Dirigente Medico Assistenza Territoriale e l'infermiera Bellon Patrizia della Direzione Medica Ospedaliera, è stata selezionata tra i 14 progetti finalisti (www.progeaconsulenza.it) ed ha presentato il progetto **"Presa in carico, gestione e continuità assistenziale del paziente a rischio caduta in ambito territoriale ed ospedaliero"**.

Il progetto è nato prendendo in considerazione l'evento sotto l'aspetto propriamente assistenziale, a fronte anche della letteratura disponibile, come il più comune evento avverso in ambito ospedaliero e causa di importanti complicanze nel corso della degenza, nonché di invalidità temporanea e permanente della persona e nella popolazione anziana. Le cadute pertanto sono considerate tra le prime cause di morte post-traumatica.

Sulla base di tali premesse è stato deciso di sorvegliare il fenomeno ampliando lo

sguardo non solo all'ambito ospedaliero, ma anche ai contesti più comuni di vita della persona anziana (domicilio e/o comunità residenziali) al fine di quantificarne l'impatto e verificarne le caratteristiche per intraprendere le opportune iniziative preventive, di presa in carico e di monitoraggio.

La Direzione medica dell'ULSS5 "Ovest Vicentino" ha iniziato a raccogliere tutte le segnalazioni pervenute dalle Unità Operative a partire dall'anno 2005 e, dal 2009, a strutturare una raccolta dettagliata di tutte le cadute avvenute negli Ospedali, anche quelle senza esito negativo, con apposita scheda di segnalazione. Inoltre per studiare quanto sul territorio la problematica fosse percepita è stato somministrato ai MMG un questionario conoscitivo relativo al problema cadute nel paziente a domicilio.

La consapevolezza che la prevenzione del rischio caduta di una persona, sia a livello ospedaliero che territoriale, risulti un esplicito outcome assistenziale che si prefigge il soddisfacimento del bisogno di sicurezza della persona e che la presa in carico del rischio coinvolga diverse professionalità, è stata propulsore per il coordinamento di un gruppo di lavoro multidisciplinare integrato ospedale e territorio in cui si sono analizzati i diversi setting assistenziali con l'obiettivo di realizzare degli strumenti condivisi e con gli stessi principi di indirizzo per adeguare l'assistenza alla persona presa in esame.

Diverse figure professionali hanno analizzato quanto era presente sia in ambito ospedaliero che territoriale in termini di:

- 1 **Informazione**
- 2 **Formazione**
- 3 **Schede di accertamento rischio ambientale e individuale**
- 4 **Procedura allerta/comunicazione/presa in carico soggetto caduto**
- 5 **Progetto fornitura presidi anticaduta**
- 6 **Mappatura rischio ambientale.**

Gli obiettivi del progetto hanno puntato alla realizzazione di una rete di professionisti in ambito sanitario e sociale con conoscenze e competenze atte alla promozione e tutela della sicurezza degli anziani al domicilio, prevenire le cadute accidentali sia in ambito ospedaliero/resi-

denziale che domiciliare, attivare un'adeguata assistenza al paziente che ha subito una caduta ed instaurare un percorso virtuoso di trasferimento delle informazioni del paziente a rischio integrando le figure professionali presenti sul territorio (MMG, Medici di Distretto Socio Sanitario, Infermieri e Fisioterapisti ADI, Assistenti sociali del Comune) con i sanitari dell'area ospedaliera (Medici, Infermieri, Fisioterapisti) al fine di garantire la continuità assistenziale al paziente. Valutare le diverse dimensioni del fenomeno ed il suo impatto sul soggetto a rischio in termini di ospedalizzazione e prolungamento della degenza ospedaliera, costi aggiuntivi per prestazioni/indagini/cure, disabilità e/o perdita di autonomia conseguenti all'evento.

(fig. 1- 2 - 3)

La positiva esperienza di integrazione ospedale-territorio, nonché il coordinamento integrato del gruppo operativo infermiere/medico nella fase di studio dell'evento e nella stesura di una procedura e documentazione trasversale, ha permesso di creare un canale di comunicazione e confronto attivo per una presa in carico globale del paziente.

L'attività del gruppo ha portato a:

- Affinare la raccolta degli eventi, stimolando la segnalazione anche di quelli senza esito per il paziente e applicando per l'analisi la metodica dell'incident reporting.
- Elaborare una nuova scheda di segna-

zione dell'evento per l'ospedale, per le residenze per anziani, per il domicilio e per il paziente che accede al Pronto Soccorso

- Elaborare un modello integrato nella realtà aziendale per la valutazione del rischio del singolo paziente con individuazione precoce del paziente con rischio elevato e attivazione di progetto assistenziale dedicato e incentrato sull'area di rischio specifica.

- Elaborare uno strumento per la valutazione del rischio ambientale, applicabile in ospedale, nelle strutture protette e al domicilio.

- Strutturare un percorso formativo per gli operatori sanitari e sociali e per i caregiver e un percorso informativo per il paziente e i familiari.

- Predisporre un Vademecum per la gestione del paziente a domicilio sugli ausili a miglior rapporto costo/beneficio adottabili per la prevenzione delle cadute e sul loro corretto utilizzo.

- Elaborare un sistema di comunicazione/allerta dei pazienti fragili e/o potenzialmente a rischio tra MMG - Servizi sociali - Ospedale - Assistenza domiciliare

I dati elaborati pur rilevando un generale aumento del numero delle cadute negli ultimi anni, dovuto anche all'aumento dell'età media dei pazienti ricoverati, rivelano una maggior sensibilità degli operatori alla segnalazione di ogni evento caduta, anche se di lieve entità, con un' inversione

della proporzione tra eventi con e senza conseguenze per il paziente.

L'analisi del rischio ambientale permette di introdurre progressivamente azioni risolutive verso le criticità rilevate negli ospedali, nelle strutture residenziali e al domicilio delle persone fragili segnalate.

L'utilizzo trasversale ospedale/territorio delle schede di rilevazione dei rischi e delle schede di segnalazione degli eventi sul territorio e in Pronto Soccorso permette di dimensionare il fenomeno anche in ambito domiciliare.

La condivisione tra diversi profili professionali e ambiti lavorativi ha permesso l'estensione degli orizzonti di ricerca a tutto l'ambito aziendale con l'obiettivo finale di garantire tra tutti un sistema di comunicazione integrato e in grado di mantenere la rete assistenziale all'altezza dei bisogno del cittadino.

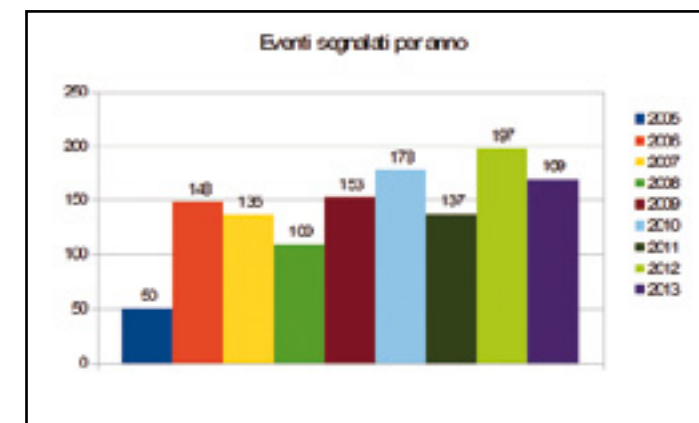


fig.1



fig.2

	2011	2012	2013 - proiezione
Valore DRG	2.046.184	2.288.582	2.160.775
Numero dimessi	336	364	331,2
Giornate di degenza	4554	4717	4334,4
Costo medio giornata di degenza	€ 449,32	€ 485,18	€ 498,52
Costo medio giornata di degenza - acuti	€ 632,27	€ 673,96	€ 781,45
Costo medio giornata di degenza - postacuzie	€ 196,51	€ 206,22	€ 191,07
Reparti per acuti - pl occupati	7	8	6
Reparti per post - acuzie - pl occupati	5	5	6

fig.3

Un doveroso e sentito ringraziamento è rivolto ai professionisti che hanno attivamente contribuito alla realizzazione del progetto:

Direzione Medica Ospedaliera:	Dott.ssa Romina Cazzaro - Medico referente scientifico di Progetto Sig.ra Bellon Patrizia - Infermiere Sig.ra Caiotto Assunta - Infermiere Sig.ra Fracasso Loredana - Infermiere Dott. Bongiovanni Giulio - Medico
Distretto Socio Sanitario:	Dott.ssa Peruzzo Maria Paola - Medico Dott.ssa Marangon Chiara Francesca - Direttore Distretto Socio Sanitario Sig. Stecco Paolo - Infermiere Coordinatore Centro Salute Mentale
Assistenza Domiciliare:	Sig.ra Diquigiovanni Maura - Infermiere RSA Azzurra Valdagno Sig. Girardi Giancarlo - Infermiere ADI Area Sud - Lonigo Sig.ra Frizzo Rosella - Infermiere ADI Area Nord - Valdagno
Servizio di Riabilitazione:	Sig. Meggiolaro Daniele - Fisioterapista domiciliare Sig. Orlandi Matteo - Fisioterapista Ospedaliero Dott. Scribano Gianluca - Medico Fisisatra
Assistenza Ospedaliera:	Sig.ra Nitoi Anisoara - Infermiere area Medica Arzignano Dott. Rampazzo Carlo - Medico Cardiologia Valdagno Sig.ra Sara Sandri - Infermiere area medica Valdagno Dott. Berselli Domenico - Medico area medica Valdagno Sig.ra Borga Daniela - Infermiere Day Surgery Valdagno Sig.ra Faccio Daniela - Infermiere area ortopedica Valdagno
Casa di Riposo:	Sig.ra Reniero Roberta - Infermiere CRA Scalabrin Arzignano Sig.ra Martinotta Sonia - fisioterapista Casa Riposo Chiampo Sig.ra Balzarin Lides - Infermiere Casa di Riposo Villa Serena Valdagno Sig.ra Battilana Michela - Infermiere Servizi La Pieve Montecchio
Altre figure coinvolte:	Sig.ra Garbin Anna Studentessa 3° anno Corso di Laurea Scienze Infermieristiche Sig.ra Vinobianco Antonietta - Assistente Sociale Dott. Giurandino Antonino - Farmacista Ospedaliero

a cura di
Patrizia Bellon



ASSEMBLEA ANNUALE degli iscritti IPASVI di Vicenza 2014

Il 28 marzo 2014 si è tenuta l'Assemblea Annuale Ordinaria degli iscritti IPASVI del Collegio di Vicenza, svolta in seconda istanza, in ottemperanza al DPR n 221 del 5 aprile 1950. E' questa l'occasione importante che ciascun iscritto può cogliere per poter partecipare in maniera attiva e coscientemente all'attività istituzionale. Sono stati presentati, secondo quanto previsto dalla normativa vigente, i bilanci consuntivo dell'anno 2013 e di previsione per l'anno 2014.

RELAZIONE DEL PRESIDENTE: PROGETTI, OBIETTIVI, ATTIVITÀ

Il Presidente ha presentato all'assemblea l'organismo costituente il collegio di Vicenza che contiene i 3 albi con diversi iscritti: 5504 infermieri, di cui 22 infermieri pediatrici e 148 Assistenti Sanitari (261 nuovi infermieri iscritti). L'attività istituzionale nell'anno 2013 è consistita in 20 consigli direttivi, 87 delibere consigliari, 5 consigli dei revisori dei conti, 9 convocazioni del coordinamento regionale e 2 consigli nazionali totali. Il Consiglio Direttivo, formato dal Presidente, Vicepresidente, Tesoriere, Segretario e 11 consiglieri si è suddiviso in sottogruppi per garantire il buon funzionamento del collegio stesso attraverso le diverse aree di attività.

LE AREE TEMATICHE

Sono state prese in esame, con l'ausilio di audiovisivi, le attività dei gruppi di progetto impegnati nelle varie aree.

Due aree sono state introdotte ex novo:
- Area "GRUPPO GESTIONE, REVISIONE E PROCEDURE DELLE ATTIVITÀ DI SEGRETERIA"

i cui componenti sono Pegoraro, Cappozzo, Fanchin, Franzè, Dal Degan, Gomitolo, Pozza, Rossetto, Vicariotto che prevede la stabilizzazione del personale amministrativo in qualità di dipendente strutturato secondo quanto previsto dalla normativa vigente, in quanto a tutt'ora il personale di segreteria si avvale di un contratto interinale a tempo parziale. Il collegio in questo percorso si sta avvalendo del supporto di un avvocato esperto in materia di pubblico impiego e diritto sanitario;

- Area "GRUPPO COMMISSIONE DI TESI DI LAUREA INFERMIERISTICA PER L'ESAME DI STATO ABILITANTE LA PROFESSIONE" costituito dai seguenti componenti del consiglio direttivo: Pegoraro, Barreto, Bigarella, Dal Degan, Maccà, Rossetto, Rossi che, per la prima volta, lavora in collaborazione attiva con l'Università sulla costruzione del test di esame finale, in quanto commissari obbligatori in commissione abilitante degli esami finali del percorso di laurea infermieristica.

Nel primo semestre si sono avuti 4 incontri con le direzioni aziendali per dare il nostro contributo sugli atti aziendali rispetto al ruolo dell'infermiere all'interno del Sistema Sanità. Nel secondo semestre il coinvolgimento è stato ancora maggiore. Nel corso del 2013 sono stati pubblicati 3 numeri della rivista di Infermieri Informati, ci siamo avvalsi della collaborazione di un giornalista professionista.

Il nostro sito è stato tenuto continuamente aggiornato per dare una informazione costante e aggiornata agli iscritti e alla cittadinanza. E' stata realizzata anche la presentazione di un servizio televisivo sulla giornata dell'infermiere dello scorso 12 maggio.

Il 2013 ha visto il collegio attivo con i corsi ECM avvalendosi di provider poiché l'impegno richiesto per essere organizzatore di eventi non era più sostenibile da parte dei componenti il consiglio direttivo. Sono stati realizzati 8 corsi ECM e le ultime otto edizioni sono state sospese per mancanza di iscrizioni.

Tale fatto ci ha permesso di riflettere e cambiare quindi, per il 2014, gli obiettivi. E' stata realizzata anche una collaborazione con il collegio di Rovigo per l'acquisto di codici FAD con l'intento formativo di raggiungere molti colleghi, sia con modalità FAD che modalità residenziale.

Si ricorda che la biblioteca è disponibile a tutti gli iscritti su appuntamento. Diversi incontri ci sono stati per la preparazione agli esami di abilitazione degli infermieri non comunitari ed attestare, attra-

verso un esame, la loro conoscenza della normativa vigente italiana e della lingua: sono stati esaminati 19 infermieri non comunitari.

Sono pervenuti 53 quesiti di tipo giuridico-professionale che hanno comportato, per i quesiti più complessi, degli incontri con gli iscritti. Gli obiettivi di questo gruppo di lavoro sono quelli di fornire all'iscritto risposte ai quesiti legali legati sull'esercizio della professione e fornire assistenza nei casi giudiziari.

Ci si avvale della lunga esperienza della collega libero-professionista Elena Vanzo, collega che da tempo che funge da referente per l'area libero professionale per dare supporto ai colleghi che intendono intraprendere la scelta del lavoro da liberi professionisti. E' aperto per questo uno sportello presso la sede del Collegio e una reperibilità telefonica.

Il presidente, conclusa la relazione sulle attività, ha lasciato la parola alla tesoriere Sonia Dal Degan e al Presidente del Collegio dei Revisori dei Conti, Giampietro Dal Cengio, per presentare il bilancio consuntivo 2013 e il bilancio di previsione 2014.

La tesoriere Dal Degan chiede all'assemblea di poter presentare i bilanci su un macro aggregato al fine di rendere comprensibile e scorrevole la presentazione ed informa i partecipanti che sono disponibili in aula le copie cartacee dei relativi bilanci per chi ne fosse interessato.

L'ASSEMBLEA, per alzata di mano, APPROVA la proposta all'unanimità.

a cura di
Barbara Pozza





BILANCIO CONSUNTIVO 2013

La tesoriera, avvalendosi del supporto di audiovisivi, presenta all'assemblea il BILANCIO CONSUNTIVO 2013. Rendiconto generale.

La situazione amministrativa tra la gestione dei residui attivi e passivi evidenzia un risultato di amministrazione finale al 2013 pari a € 149.630,00.

Il fondo cassa al 31/12/2013 ammonta complessivamente a €163.202,00 dato da conti correnti bancari, conti postali e cassa.

La situazione patrimoniale evidenzia un incremento di patrimonio rispetto al 2012; il conto economico (proventi e costi dell'esercizio secondo il principio della competenza economica) evidenzia un disavanzo economico d'esercizio di € 14.905.

I dati succitati dimostrano che la gestione del Collegio IPASVI dell'anno 2013 è stata positiva e che si è ispirata a principi di corretta amministrazione finanziaria ed economica.

Vengono presentate le tabelle riassuntive del rendiconto economico:

Le entrate accertate ammontano a 262.476,00 € e derivano principalmente dalle quote di iscrizione per 5436 iscritti: attraverso l'attivazione della procedura morosi si sono recuperati i contributi ordinari da 118 quote pari a 5.428,00 €, partite di giro di €23.141.

Al 31/12/2013 c'erano 17.628 dovute a quote di morosità non ancora introitate corrispondenti ad €8.280 relative agli anni

precedenti al 2013 e ad euro di €9.062 per il 2013.

Il capitolo delle uscite per capitolo di spesa viene spiegato in dettaglio:

- assicurazione consiglieri, compensi per i consiglieri, oneri previdenziali ed assistenziali per un totale e €69.088; €52.651 sono per compensi lordi a consiglieri ed per la realizzazione di progetti operativi €17.651

- acquisto di beni di consumo e di servizi per un ammontare di 70.747 € dei quali al maggior parte relativa a servizi amministrativi e consulenze legali e professionali (si registra una contrazione della spesa relativa a spese professionali e consulenze per servizi amministrativi)

- nel corso dell'esercizio sono state apportate delle modifiche per il capitolo di spesa appena descritto spostandolo dal capitolo "uscite per gli organi dell'ente". Si chiede all'assemblea di votare la variazione al bilancio, l'assemblea approva all'unanimità.

- uscite per il funzionamento dell'ufficio 9.225: acqua, gas, elettricità, spese telefoniche, servizi postali etc.

- uscite per prestazioni istituzionali di €87.137 sono rappresentate da quote spettanti alla FNC €50.717; per la rivista Infermieri Informati €7.669, per gli eventi culturali e formazione €12.025, manutenzione sito internet di 11.139.

Nel corso del 2013 il fondo di solidarietà per una somma pari a €2.000 quest'anno non è stato utilizzato.

- Le uscite per l'organizzazione di eventi formativi, per la realizzazione della rivista,

per il contributo alla FNC ammontano a €106.149,70 rappresentate maggiormente da:

Gli oneri finanziari, ammontano ad € 578 riferiti esclusivamente a spese e commissioni bancarie.

Gli oneri tributari ammontano ad €7.862 si riferiscono quasi esclusivamente all'Irap sui compensi ai consiglieri e ad imposte e tasse del Collegio.

Tra le uscite in conto capitale si segnala il sostenimento delle spese per l'acquisto di macchine per ufficio e programmi informatici di €483.

- Gestione residui passivi: rappresentano dei debiti che il Collegio ha nei confronti di soggetti terzi (fornitori, consulenti) ed ammontano a € 31.200 e saranno oggetto di pagamento nell'anno successivo nel mese di gennaio.

La situazione amministrativa evidenzia una consistenza di cassa di fine esercizio al 31.12.2013 di € 163.202 ed il risultato totale di amministrazione ammonta a € 149.630.

La situazione patrimoniale ammonta a 304.004.

La differenza tra ricavi e costi al netto delle imposte porta ad un disavanzo economico pari a €14.905.

USCITE 2013	SOMME IMPEGNATE	PAGATE	DA PAGARE	DIFFERENZE SULLE PREVISIONI
Titolo 1^ -Uscite correnti	244.792,37	213.683,41	31.108,96	-118.825,26
Titolo 2^ - Uscite in c/ capitale	483,09	483,09	0	-6.016,91
Titolo 3^ - Uscite per partite di giro	21.733,58	21.641,58	92,00	14.266,42
Totale uscite	267.009,04	235.808,08	31.200,96	-139.108,59

RELAZIONE DEL PRESIDENTE DEL COLLEGIO DEI REVISORI DEI CONTI

Dal Cengio Giampietro, Presidente del Collegio dei Revisori dei Conti, saluta l'assemblea ed illustra le osservazioni sul bilancio consuntivo 2013 preso in esame dal Collegio dei Revisori.

Riunitisi ieri, presenta il bilancio consuntivo 2013 motivando le voci dei vari capitoli di bilancio.

Rileva nelle uscite i 100.800 euro riferiti a compensi per riscossione che potrebbero essere risparmiati e spendibili in altri capitoli se gli iscritti fossero raggiungibili tramite PEC.

Considerati la regolarità dei singoli atti e

la regolarità ed il rispetto della norma, valutato l'esito dei conti di cassa, i revisori approvano il rendiconto consuntivo per l'anno 2013.

Il presidente dei revisori dei conti Dal Cengio pone pure l'obbligo di notare il disavanzo di amministrazione ed invita ad uno sforzo maggiore per offrire servizi a favore degli iscritti.

Dopo la relazione del Presidente Dal Cengio, prende la parola il Presidente Pegoraro che invita l'assemblea a presentare eventuale deleghe e a votare l'approva-

zione del bilancio consuntivo 2013 per alzata di mano:

132 VOTI FAVOREVOLI + 14 deleghe
0 ASTENUTI
0 CONTRARI

Non votanti i i consiglieri presenti.

OBIETTIVI ATTIVITÀ 2014

Il presidente ha informato l'assemblea della rinuncia alla carica di consigliere di Fabio Vicariotto ed ha ringraziato, a nome di tutto il consiglio, del contributo che egli ha dato per il sostegno delle attività istituzionali.

L'attenzione per l'anno 2014 è incentrata sulla riorganizzazione della segreteria del collegio con la pubblicazione dell'avviso di mobilità per un posto di personale amministrativo del profilo amministrativo, categoria B. Lo step successivo sarà pubblicazione alla Direzione Provinciale del lavoro e successivo concorso pub-

blico che stiamo organizzando in tutta la sua complessità con l'aiuto di un avvocato esperto nel settore del pubblico impiego. E' stata attivata la procedura morosità per il recupero delle quote non ancora versata dagli iscritti (si tratta di circa 200 persone morose).

La collaborazione con un giornalista è ormai considerata una priorità per dare informazioni agli iscritti su quanto accade nel sistema sanità.

E' già stato fatto il primo corso residenziale sul cateterismo vescicale e sono previsti per l'estate altri due eventi sulla

relazione di cura, mentre per il secondo semestre saranno acquistati dei codici corso erogato in modalità FAD che consentiranno di acquisire 30 crediti ECM a corso concluso.

Il Consiglio direttivo ritiene opportuno trovare dei sistemi di contatto differenziati con gli iscritti per divulgare le informazioni e le novità del Collegio molto più capillarmente (mail, cellulare etc).

Ricordiamo agli iscritti presenti che il Consiglio è a fine mandato e quindi tra ottobre e novembre si dovrà procedere con nuove elezioni.

Per approfondimenti sui contenuti dei bilanci visitare

www.vicenzaipasvi.it
collegio > tesoreria

a cura di
Sonia Dal Degan
Tesoriera



ENTRATE 2013	SOMME ACCERTATE	RISCOSSE	DA RISCOUTERE	DIFFERENZE SULLE PREVISIONI
Titolo 1^ -Entrate correnti	271.909,99	262.561,23	9.348,76	+ 10.233,99
Titolo 2^ - Entrate in c/ capitale	0	0	0	> 0
Titolo 3^ - Entrate per partite di giro	21.733,58	21.733,58	0	- 14.266,42
Totale entrate	293.643,57	284.294,81	9.348,76	- 4.032,43



BILANCIO DI PREVISIONE 2014

La tesoriere Sonia Dal Degan presenta il bilancio di previsione per il 2014 con l'utilizzo di audiovisivi e descrive nel dettaglio la previsione di cassa, le voci in entrata e le uscite, i consumi per beni e servizi.

Entrate da contributi ordinari derivanti dalle quote degli iscritti e dalle tasse di prima iscrizione all'ALBO 260.958,00 € tasse di iscrizione di €6.500 per iniziative culturali da corsi per un totale di €274.478.

Le quote non ancora incassate per il 2013 sono 377 per le quali inizierà la procedura morosità, 180 relative agli anni precedenti, per un totale di €17.342.

Somme da trattenere riservate all'Erario e/o agli Enti previdenziali, a titolo di ritenuta, sui compensi dei collaboratori del Collegio IPASVI (INPS-INAI-IRE etc.) per un totale € 31.000,00.

Si prevede di utilizzare, in parte, l'avanzo di amministrazione accumulato negli anni precedenti per finanziare attività dell'anno in corso per una somma totale di €107.764.

Nel capitolo delle uscite si segnalano le spese per gli organi dell'ente € 92.000,00 di cui si indica in particolare:
 € 35.000,00 per compensi lordi del Consiglio Direttivo (invariato rispetto al 2011) € 28.000,00 per effettuazione di progetti operativi (invariato rispetto al 2011) € 12.000,00 per oneri previdenziali e assistenziali sui compensi. Si segnala che le previsioni comprendono anche spese per

assicurazione, rimborsi spese, oneri previdenziali e assistenziali.

Le previsioni di cassa ammontano complessivamente a 92.000 comprensivi dei residui passivi di €24.676.

Oneri personale in attività di servizio che è stato introdotto in seguito all'assunzione di personale tramite regolare concorso che si prevede di effettuare nella seconda metà dell'anno. Tale capitolo prevede lo stanziamento di un fondo di € 22.000,00. Per le uscite di acquisto di beni di consumo e di servizio si prevede lo stanziamento di € 83.000,00 dei quali € 24.000,00 riferito ai servizi amministrativi e circa €35.000,00 alle consulenze fiscali, legali e professionali; € 800,00 per le competenze delle commissioni esami per gli infermieri stranieri (circa 10 candidati).

Uscite per l'acquisto di beni di consumo e servizi per una somma pari a € 12.000,00. Le previsioni di cassa ammontano complessivamente 87.362 comprensivi dei residui passivi di 4.362.

Le uscite previste per il funzionamento dell'ufficio ammontano a € 21.300 per servizi di pulizia, telefonici, fornitura energia, servizi postali, cancelleria e stampati. La categoria di spese per prestazioni istituzionali rappresenta le spese dell'Ente per un totale che ammonta complessivamente a €130.438 per: quote spettanti alla FNC € 53.000; rivista Infermieri Informati € 11.000,00; eventi culturali e formazione €17.000,00; manutenzione e gestione

Sito €7.000,00; formazione dei consiglieri €7.000,00: spese di coordinamento regionale di € 2.000,00, spese tutela professionale €5.000.

Si informa l'assemblea che per il 2014 la rivista istituzionale verrà spedita solo online.

Gli oneri finanziari, ammontano ad € 1.000,00; oneri tributari €7.300. Fondo di riserva: corrisponde al 5% dei conti correnti pari a €17.131 e fondo di solidarietà di €2.000.

Uscite in conto capitale pari ad 14.500 per manutenzione di immobili, acquisto programmi informatici e macchine d'ufficio.; con tali fondi saranno acquisiti beni strumentali, di durata pluriennale, che serviranno a rinnovare alcune macchine da ufficio e attrezzature.

Le somme da destinare alle spese per partite di giro sono riferite a versamenti all'Erario e/o agli Enti previdenziali, a titolo di ritenuta, sui compensi dei collaboratori del Collegio IPASVI (INPS-INAIL-...-IRE) per un totale € 31.000,00.

Per finanziare le attività previste per l'anno in corso si prevede di utilizzare l'avanzo di amministrazione accumulato negli anni precedenti per un ammontare pari ad € 99.792.

ENTRATE 2014	PREVISIONI DI COMPETENZA	RESIDUI	PREVISIONI DI CASSA
Titolo 1^ Entrate correnti	274.478,00	17.628,76	292.106,76
Titolo 2^ Entrate in c/ capitale	0	0	0
Titolo 3^ Entrate per partite di giro	31.000,00	0	31.000,00
Totale entrate di competenza e di cassa	305.478,00	17.628,76	323.106,76
Utilizzo presunto dell'avanzo d'amministrazione	99.792,34		
Utilizzo presunto del Fondo di Cassa iniziale			113.364,54
Totale generale entrate	405.270,34	17.628,76	436.471,30

USCITE 2014	PREVISIONI DI COMPETENZA	RESIDUI	PREVISIONI DI CASSA
Titolo 1^ Uscite correnti	359.770,34	31.108,96	390.879,30
Titolo 2^ Uscite in c/ capitale	14.500,00	0	14.500,00
Titolo 3^ Uscite per partite di giro	31.000,00	92,00	31.092,00
Totale generale uscite	405.270,34	31.200,96	436.471,30

RELAZIONE PRESIDENTE REVISORI

Prende parola Dal Cengio, che riferisce che ci sono voluti 2 incontri per esaminare il bilancio preventivo viste le osservazioni importanti, approvata la scelta di attivare la rivista in esclusiva modalità on line e l'acquisto dei codici FAD.

Ricorda all'assemblea le numerose figure professionali della cui collaborazione il collegio si avvale per il proprio corretto esercizio che comporta una onerosa spesa dei 35.000 euro previsti.

Il Presidente dei Revisori dei Conti, Dal Cengio Giampietro, espone all'assemblea i risultati dell'esamina del bilancio di pre-

visione 2014.

Valutata la documentazione presentata e la relazione programmatica presentata dalla tesoriere Sonia Dal Degan, valutata la documentazione relativa la bilancio 2014, considerata che il bilancio è stato redatto secondo i corretti principi di contabilità finanziaria, appurato che le somme presentate in bilancio appaiono congrue e attendibili, dimostrato il pareggio di bilancio, il Collegio dei Revisori, ad unanimità di voti, resi a norma di legge, esprime il parere favorevole all'approvazione del bilancio

di previsione per l'anno 2014.

Dopo il rendiconto generale dell'esercizio commentato ai presenti il presidente Federico Pegoraro chiede l'approvazione del bilancio di previsione 2014 all'assemblea riunita, mettendo quindi ai voti l'approvazione dello stesso per alzata di mano:

35 FAVOREVOLI + 14deleghe
 0 ASTENUTI
 0 CONTRARI
 Non votanti i consiglieri presenti.

Il bilancio di previsione per l'anno 2014 viene approvato con 35 voti favorevoli + 12 deleghe pervenute secondo norma, 0 astenuti e nessun voto contrario.

Per approfondimenti sui contenuti dei bilanci visitare

www.vicenzaipasvi.it
 collegio > bilancio di previsione 2014

a cura di
Sonia Dal Degan
 Tesoriere



PIANO FORMATIVO 2° SEMESTRE



Sede: Teatro San Marco, Vicenza
Giorno: **24 ottobre 2014**
Orario: 8.30 - 13.30

Elezioni del Collegio Provinciale Vicenza IPASVI
e
L'agire professionale dell'infermiere, implicazioni medico legali e sistemi di protezione assicurativa.

Il prossimo **24 OTTOBRE**, in occasione dell'assemblea elettiva, **per votare ed eleggere il nuovo consiglio direttivo per il triennio 2015-2017**, si terrà presso il **teatro S.Marco di Vicenza**, nei pressi dell'ospedale di Vicenza, un corso di formazione Accreditato ECM dal titolo:

L'agire professionale dell'infermiere, implicazioni medico legali e sistemi di protezione assicurativa.

La scelta di questa tematica nasce a seguito dell'aumento di casi di contenzioso legale con interessamento sempre più della professione infermieristica. Un'occasione per comprendere più profondamente questo fenomeno partendo dall'analisi di casi con la presenza di un avvocato, un medico legale e un collega docente al master in infermieristica forense. Esperti che ci permetteranno di accrescere la nostra conoscenza e di conoscere quali strumenti assicurativi offrono una tutela soddisfacente.

Saranno presenti:

L'avv. Giannantonio Barbieri di Bologna
Il medico legale dott. Fucci di Milano
Il dott. Giovanni Muttillo,

presidente collegio IPASVI di Milano e docente al master in Infermieristica forense dell'università di Milano.

ABSTRACT

La disciplina giuridica della responsabilità e della colpa in ambito sanitario e, nella specie, in ambito infermieristico, ha affrontato, da più di un decennio, una vera e propria rivoluzione dei principi e delle regole che disciplinano l'istituto, al punto che può affermarsi, perlomeno per quello che riguarda la responsabilità civile, che la materia abbia un proprio profilo delineato e caratterizzato da elementi di assoluta particolarità, di modo che si è giunti a parlare di responsabilità semi-oggettiva o paraoggettiva e di sottosistema della responsabilità civile.

Alla fine degli Novanta la Cassazione affermò che il rapporto instaurato tra il paziente e il sanitario o la struttura sanitaria avesse natura contrattuale e non più extracontrattuale, e ciò a seguito del "contatto sociale" che si viene a instaurare mediante la prestazione sanitaria. E tutto ciò in un contesto codicistico per molti aspetti immutato rispetto al passato, fatta eccezione per le novità introdotte dalla

c.d. legge Balduzzi che fanno sì che il giudice, attualmente, deve procedere con la sua indagine non solo affidandosi alla legge ma deve trarre supporto anche da atti di rango inferiore come le linee guida, che possono contribuire a fondare o escludere il rimprovero soggettivo del sanitario indagato. In altre parole, la giurisprudenza, di legittimità e di merito, negli ultimi 15 anni, ha "creato" la regola laddove la regola non esisteva (es., danno da perdita di chance).

Inoltre, la stessa materia della responsabilità sanitaria è stata interessata da significative innovazioni, innescate da diversi fattori quali, ad esempio, gli eccezionali progressi scientifici e tecnologici, che hanno ampiamente modificato i rapporti tra curanti, malati e organizzazioni sanitarie, producendo fenomeni di spersonalizzazione e aggravamento della complessità dell'attività sanitaria: basti pensare che, attualmente, al trattamento diagnostico terapeutico si affiancano altre attività, di tipo informativo, assistenziale, alberghiero e via discorrendo Contestual-

mente, poi, l'attenzione si è spostata sul destinatario dell'attività sanitaria e, in particolare, sul consenso informato e sulle modalità con cui viene rilasciato.

Nell'ambito di questo quadro dai contorni a volte incerti si inserisce la difficoltà, per i sanitari, di reperire sul mercato strumenti assicurativi della responsabilità civile ad ampio raggio, con tutele soddisfacenti e offerte a un costo competitivo e sostenibile. Tuttavia il trasferimento dei rischi a carico delle assicurazioni può far sì che gli assicurati modifichino i loro comportamenti, riducendo la prudenza necessaria per evitare possibili perdite (c.d. moral hazard).

Giannantonio Barbieri

Durante il corso sarà APERTO il seggio che rimarrà attivo per tre giorni dal VENERDÌ 24 a DOMENICA 26 con orario dalle 10.00 alle 15.00.

Invia la tua candidatura!

Compila il modulo presente in ultima pagina ed invialo a vicenzaipasvi@vicenzaipasvi.it oppure via fax al **0444 51 43 11** entro il **15 ottobre 2014**.



Il Collegio Ipasvi, come comunicato nella scorsa assemblea annuale, offre l'opportunità a tutti gli iscritti di frequentare per il secondo semestre 2014 un corso accreditato ECM erogato in modalità FAD.

L'iscrizione, riservata esclusivamente agli iscritti al Collegio Ipasvi di Vicenza, prevede il contributo di € 10, a fronte di un costo reale pari a € 70, che darà diritto all'acquisizione di un codice corso.

Per le iscrizioni consulta il nostro sito alla sezione ECM www.vicenzaipasvi.it

I CORSI PROPOSTI

- 1 Health Literacy: metodi e strumenti per un coinvolgimento consapevole del paziente negli obiettivi di salute.
- 2 La "Malattia Dolore" secondo la legge 38/2010: riconoscerla, curarla e gestirla in rete.
- 3 La tutela dell'operatore sanitario tra innovazioni tecnologiche, etiche e normative.
- 4 Lavorare in gruppo in Sanità: metodologie, tecniche, strumenti.
- 5 Medicina e assistenza sanitaria multietnica: corretta gestione e comunicazione tra culture diverse.
- 6 Metodologie di Risk Management in ambito sanitario.
- 7 Strategie per la gestione dei malati non autosufficienti.

RICONOSCERE E CURARE IL DOLORE NELLE PERSONE CON DEMENZA



Sede: **Centro Congressi Confartigianato Via Enrico Fermi, 201 Vicenza**

Giorno: **20 ottobre 2014**

Orario: **8.30 - 13.30**

IV° CONVEGNO PUBBLICO SULL'ALZHEIMER E LA PATOLOGIA COGNITIVA PER CITTADINI E OPERATORI SANITARI E SOCIALI

RICONOSCERE E CURARE IL DOLORE NELLA PERSONA CON DEMENZA

Il Convegno è accreditato ECM. Sono stati richiesti i crediti formativi per gli Assistenti Sociali.

L'iscrizione è gratuita e potrà essere effettuata collegandosi al sito: <http://formazione.ulssvicenza.it>
>FORMAZIONE > ULSS 6 VICENZA > Offerta Formativa

A tutti i partecipanti verrà rilasciato un attestato di frequenza e la pubblicazione "Prendersi cura della persona con demenza"

Info: tel. **0444 753006** | e-mail: polo.alzheimer@ulssvicenza.it

a cura di
Gian Maria Fanchin
Vice Presidente



IL CATETERISMO VESCICALE: TRA MITO E SCIENZA

Tutto quello che non vi hanno mai detto sul catetere e le infezioni

Giorno: **11 ottobre 2014**

Orario: 08.00 alle 13.00 e dalle 14.00 alle 19.00



Il controllo delle infezioni nosocomiali riguarda tutti gli operatori sanitari. Le infezioni delle vie urinarie rappresentano la localizzazione più frequente con circa il 40%. Il motivo principale è che l'uso del catetere è molto diffuso. Nel corso viene presentato lo sviluppo negli anni delle linee guida per la prevenzione delle infezioni delle vie urinarie, fino alle più recenti basate sulle evidenze scientifiche di migliore efficacia. Una buona pratica di cateterismo presuppone la conoscenza di anatomia, fisiologia e patologia dell'apparato genitourinario nonché la conoscenza dei presidi disponibili. Non di meno deve essere patrimonio dell'infermiere l'osservanza della legislazione e del Codice Deontologico per non incorrere in situazioni di rischio clinico e responsabilità penali. È compito dell'infermiere suggerire l'uso corretto dei presidi e il comportamento da adottare per evitare danni o complicazioni; dare consigli su come ridurre gli aspetti negativi sulla vita quotidiana dei pazienti. In particolare la procedura di cateterismo viene analizzata e commentata passo passo in forma interattiva con i discenti, mettendo in risalto punti critici ed eventuali ostacoli per realizzare una procedura corretta. Soprattutto il corso coglie alcune problematiche per una utile riflessione sulla reale applicazione delle raccomandazioni, offrendo a ciascun discente di essere coinvolto attivamente per verificare e modificare le proprie convinzioni e cattive abitudini non basate su evidenze scientifiche. Il corso, attraverso le problematiche del cateterismo, è una riflessione sulle convinzioni dell'agire quotidiano, per favorire il superamento di limiti e incoerenze. Tutti gli argomenti sono presentati in successione logica, funzionale e modalità interattiva con i discenti, sia ad uso didattico sia come motivo di riflessione per evitare situazioni di rischio clinico. L'interazione e il confronto fra discenti e docenti è intensa e permette di raggiungere alti livelli di verifica della conoscenza dalla teoria alla pratica.

IL CATETERISMO VESCICALE: TRA MITO E SCIENZA

Il corso è accreditato per max 35 partecipanti.
Termine ultimo iscrizioni 26 settembre 2014

SCHEDA D'ISCRIZIONE

Cognome _____
Nome _____
Codice fiscale _____
Luogo di nascita _____
Data di nascita _____
Indirizzo _____
CAP _____ Città _____ Prov. _____
Tel. _____ Fax _____
Cell. _____
E-mail _____
Professione _____
Specializzazione _____
Ente di appartenenza _____
Unità Operativa _____
Collegio/Ordine/Associazione _____
Numero d'iscrizione (a Collegio/Ordine/Associazione) _____

Il trattamento dei dati personali è soggetto alle normative della legge n. 196/2003

Il corso per infermieri risulta particolarmente formativo nel significato autentico, perché l'intento è di rimuovere convinzioni e cattive abitudini con la partecipazione attiva del discente

Sede del corso
ALBERGO SAN RAFFAELE
VIALE DIECI GIUGNO, 10
LOCALITÀ MONTE BERICO
36100 VICENZA

Provider ECM

Salute in Armonia srl
Via Carracci, 5 - Santarcangelo di Romagna (RN)
Tel. 0541 623123 Fax: 0541 1576535
formazione@saluteinarmonia.it



Dalle Linee guida per il controllo delle infezioni alla realtà del vivere quotidiano



Evento ECM
ACCREDITATO PER INFERMIERI
Crediti ECM 15

PERCORSO INTERATTIVO

IL CATETERISMO VESCICALE:
TRA MITO E SCIENZA
Tutto quello che non vi hanno mai detto sul catetere e le infezioni

Sabato, 11 ottobre 2014
Vicenza

Quota di iscrizione
€ 20,00 per iscritti al Collegio IPASVI di Vicenza
€ 50,00 per non iscritti

Per le iscrizioni consulta il nostro sito alla sezione ECM www.vicenzaipasvi.it

I quesiti degli infermieri

Proposta di lavoro: OCCHIO ALLE TRUFFE!

Buonasera,
sono un infermiera iscritta al collegio di Vicenza. Vi scrivo per avere un consiglio riguardo ad una proposta lavorativa in un ospedale privato in Inghilterra.

Dopo aver risposto all'annuncio e inviato il mio curriculum in inglese sono stata contattata per una intervista scritta. Ho risposto ad alcune domande e dopo circa una settimana mi hanno risposto che sono idonea per il posto e mi hanno inviato la lettera di assunzione da firmare. Ho solo chiesto di posticipare la data di inizio (che sarebbe ad Aprile) e mi hanno risposto di allegare la richiesta di spostamento con il contratto firmato.

Leggendo il contratto mi è sembrato tutto molto chiaro e corretto ma (reduce da lunghe attese per trovare un lavoro qui in Italia) mi è sembrato tutto troppo facile e veloce. Inoltre mi chiedono di pagare una tassa, per i nuovi assunti, intorno alle 500 sterline per usufruire dell'alloggio gratuitamente per un anno e loro si occuperebbero anche delle spese del viaggio e dei documenti di immigrazione, vi risulta possibile?

Vi allego il contratto e vi chiedo un'opinione
Attendo una vostra cordiale risposta

Grazie mille
Giulia

Egregia collega,
andrei molto cauto con questa offerta di lavoro. Di solito l'intervista in Inghilterra è sempre orale e non ho mai sentito venga fatto scritto; come potrebbero essere valutate le capacità linguistiche del candidato?

Molte cose non mi sono chiare, fra cui mi sembra strano che un piccolo ospedale privato abbia un Emergency Department; di solito non ci sono.

Hanno richiesto almeno due referenze? Qui sono obbligatorie, una di queste deve provenire dall'attuale datore di lavoro o dalla Università dove si è laureato il candidato.

Le hanno chiesto se è iscritta al Nursing and Midwifery Council (NMC), che è l'equivalente del vostro collegio infermieri professionali. Per poter praticare come infermiere professionale, l'iscrizione è obbligatoria e nessuno ti assumerebbe senza presentare regolare domanda di iscrizione.

Si rinnova annualmente e se uno si dimentica di rinnovarla deve rimanere a casa per qualche

giorno fino a rinnovo avvenuto, altrimenti non ti coprono.

L'iscrizione all'NMC è parecchio complicata e può richiedere a volte anche qualche mese. Consigliate di telefonate e parlare con il Nurse Manager or Matron dell'ospedale e di prenotare un appuntamento e vedere di persona, farsi una idea, parlare con infermieri che già lavorano lì, farsi mostrare il campus dove sarà obbligata a stare per il primo anno di permanenza lì (??molto strano) e chiedere una serie di domande per chiarire queste e molte altre cose.

Consiglierei il sito:
www.jobs.nhs.uk

per disponibilità di posti in ospedali pubblici ti tutta la Gran Bretagna.

Ti ringrazio, spero che aiuti la tua iscritta a compiere una scelta ragionata e meditata.

a cura di
Gian Maria Fanchin
Vice Presidente



<p>bridgewater HOSPITAL</p> <p>JOB OFFER CONTRACT LETTER</p> <p>Dear GIULIA</p> <p>We are pleased to inform you that you have been selected to work for bridge water hospital, we are delighted to make you the following offer, the position we are offering is that of (NURSE/EMERGENCY DEPARTMENT) at a NET salary of (£4,584.00) per month. This position reports to (head of nursing department Mrs. Hoskins Beatrice and to the head of human resource department Jackson Morris) your working hours will be from 7am-3pm (8hrs) Monday-Fridays with break period of 2 hours only, beginning from (12noon- 2pm). This contract position which you would be able to work here in Manchester for a minimum of one (1) year and a maximum of five (5) years.</p> <p>JOB DESCRIPTION</p> <ol style="list-style-type: none"> 1: Identifies patients care requirements by establishing personal rapport with potential and actual patients and other persons in a position to understand care requirements. 2: Establishes a compassionate environment by providing emotional, psychological and spiritual support to patients, friends and families. 3: Writing care plans and records. 4: Providing pre and post operation care. 5: Monitoring a patient's condition <p>More details about your job will be given to you immediately after your arrival.</p> <p>We would like you to start work on (April 7th 2014) please report to (Dr Jackson Morris), for documentation and orientation. If this date is not acceptable, please contact him immediately. You are under the obligation to abide by the United Kingdom laws while in Manchester. This letter of appointment shall be governed by and construed in accordance with the law of England.</p> <p>GRANT AND LOANS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • OLD SCHEME HOUSING LOAN: ONE (1) year service to this hospital is required for eligibility. Starter's amount will be £10,000.00 GBP can be re-paid within five (5) years with 5% interest. • LIEU CAR LOAN: All employees are eligible to apply, starters amount will be £5,334.00 GBP can be re-paid within three (3) years. • TRAFFORD BUSINESS LOAN: all employees are eligible to apply starters amount will be £9,000.00 GBP to £30,300.00 GBP annually. 	<p>LEAVE PERIOD:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Employees are entitled to (2) times leave in a year, the duration of the leave is one month each, employee will receive (1,500.00) to take home for each leave period. • You cannot carry forward any unutilized annual leave to the next year; any leave balance at the end of the calendar year shall be forfeited. • All leave applications must be made in writing and at least seven (7) days in advance and shall be approved at the absolute discretion of the hospital management. <p>ACCOMMODATION:</p> <p>Employee is expected to reside at the hospital housing estate for a period of one (1) year, whereby the hospital management would be responsible to take care of the employee accommodation and the only fee which would be required to pay by the employee is a NERF (New employee's registration fee), your employee registration fee must be paid before the process of your immigration documents.</p> <p>MEDICAL/HEALTH</p> <ul style="list-style-type: none"> • Employer will provide the employee with comprehensive health care for the term of contract and follow-on care for injuries suffered during the term of contract for employee and family. • Employee shall be entitled to comprehensive health care services, which are to be administered by medical experts in the hospital. <p>INFORMATION REGARDING TRAVELLING DOCUMENTATIONS</p> <p>As a NON-EU citizen, you would require a visa and a residence work permit so as for you to be eligible to work here in the UNITED KINGDOM. Bridge water hospital management would be responsible to pay for your immigration documents and flight ticket.</p> <p>As an EU citizen and a member of the EEA and the SWISS national, you do not require a visa and work permit to enter and work in United Kingdom. The hospital management would be responsible to pay for your flight ticket including all documents needed for your immigration document after you must have secure accommodation into the hospital staff quarters.</p> <p>Note: EU citizens, especially from (Romanian & Bulgaria) might require a residence work permit or other documentations before you would be able to work here in the UNITED KINGDOM.</p> <p>Thanks for your co-operation and we are looking forward to seeing you here at water bridge hospital to share your ideas to build up this great hospital</p> <p> Head of Human Resource</p> <p>Employee signature _____</p>
---	---



Report Seminario: “Riparare relazioni di cura in panne: il caso di pazienti e famigliari che non collaborano”

Il 3 e 9 maggio 2014 si è svolto presso l'albergo San Raffaele a Vicenza il seminario “Riparare relazioni di cura in panne: il caso di pazienti e famigliari che non collaborano”. Il corso è stato tenuto dalla Dottoressa Christa Zimmermann, Professore ordinario di Psicologia Clinica presso L'Università degli Studi di Verona, con i seguenti obiettivi:

- Offrire a ciascun partecipante una maggiore consapevolezza circa le proprie modalità comunicative e relazionali nel contesto lavorativo in cui opera e gli strumenti per migliorare le strategie nella gestione di situazioni e rapporti professionali vissuti come difficili;

- Esercitarsi nell'uso delle tecniche comunicative di “ascolto attivo” richieste per instaurare e mantenere l'alleanza di collaborazione con pazienti e familiari in disaccordo, rassegnati, sfiduciati, ostili o arrabbiati.

L'idea di questa proposta formativa è nata in seno al Collegio di Vicenza in seguito alle numerose rilevazioni, spesso riportate anche dai giornali, di casi di aggressività di pazienti e famigliari nei confronti del personale sanitario. Tuttavia non a caso nel titolo non compare il termine “aggressività” essendo questa una delle cause del fallimento di una relazione terapeutica ma non la sola.

La peculiarità di questo seminario è stata la metodologia didattica utilizzata dove oltre alla lezione frontale standard si è lasciato molto spazio a momenti di brainstorming a coppia di partecipanti su quesiti specifici, con feedback del docente in

plenaria; lavoro di analisi in piccoli gruppi su alcune vignette che evidenziavano momenti critici nella relazione con il paziente; esercitazioni nell'applicare le diverse tecniche di ascolto attivo alle relazioni di cura in panne (incidenti critici) riportate dai partecipanti; presentazione e discussione in plenaria del lavoro svolto nei piccoli gruppi sulle relazioni in panne vissute dai partecipanti in prima persona. Il colloquio clinico è fondamentale per raccogliere informazioni precise e attendibili per comprendere tutti i problemi di salute e di vita del paziente; creare una relazione terapeutica e riconoscere e saper gestire le emozioni e preoccupazioni del paziente; informare e istruire l'utente rispetto alle sue problematiche concordandone la gestione e motivarlo a collaborare con il programma. Va da sé che le conseguenze di un colloquio inefficace siano il rischio di conclusioni e decisioni errate, l'insoddisfazione del paziente, la sua non collaborazione, l'inosservanza del programma terapeutico, il rischio di uno scempenso emotivo, conflitti e incomprensioni con l'equipe coinvolta nel caso e non da ultima la possibilità di denunce da parte del paziente e famigliare.

Un concetto chiave emerso durante il corso è stato quello di “agenda”, ovvero ogni volta che ci si avvicina al colloquio con un'altra persona si hanno in mente una serie di obiettivi da perseguire. È proprio dall'integrazione dell'agenda dell'infermiere con quella del paziente che si determina l'alleanza terapeutica (una relazione di reciproca collaborazione per il raggiungimento di un fine comune). Benché siano chiari gli obiettivi che si pone un professionista sanitario di fronte ad un paziente, non sempre è facile riconoscere, invece,

l'agenda dello stesso. Questo è possibile solo cogliendo i “Cue” del paziente, ovvero una frase, una espressione verbale o non verbale che suggerisce la presenza di una emozione spiacevole, la quale, se non esplorata o chiarita, rimane nascosta. La rilevazione dei “cue” viene fatta attraverso “l'ascolto attivo”, ovvero, una serie di tecniche di provata efficacia (commenti riflessivi, sintesi, domande aperte centrate sulle emozioni, commenti empatici, legittimazione).

Non è possibile ora riassumere tutti i contenuti emersi durante il corso in questo articolo, né descrivere l'entusiasmo e il coinvolgimento dei partecipanti e la completezza, competenza, incisività della Docente. Di sicuro premessa necessaria alla partecipazione di un tale corso deve essere la consapevolezza, da parte dei discenti, che una corretta conduzione di un colloquio clinico è banco di prova per valutare la professionalità dell'operatore stesso indipendentemente dal contesto clinico in cui opera. Ed infatti il flusso comunicativo e la relazione nel contesto del colloquio clinico è ben diverso da quello che si può osservare in altri contesti di vita quotidiana. In altre parole non basta la “sensibilità” e la “gentilezza” bensì “conoscenza” e “competenza” comunicativa che necessitano di studio, esercitazione, esperienza, nella convinzione che un'alleanza terapeutica si possa creare, mantenere ma soprattutto recuperare.

a cura di
Lucia Maron



RC PROFESSIONALE E TUTELA LEGALE Il collegio è presente all'esame di stato del cdl in infermieristica Resoconto di una esperienza

Anche per l'anno accademico 2012/2013 un rappresentante del Collegio IPASVI di Vicenza, è stato convocato con il ruolo di Commissario all'esame finale del corso di Laurea in Infermieristica-Università degli Studi di Verona.

Le sessioni di Laurea erano 2, con la possibilità per gli studenti di concludere il percorso di studi in autunno 2013 o in primavera 2014.

Per ogni sessione di Laurea un rappresentante del Collegio ha partecipato all'Esame di Stato e alle giornate di discussione delle tesi.

Da alcuni anni a questa parte i rapporti tra Università di Verona i Servizi Infermieristici e i Collegi IPASVI di riferimento, si sono consolidati, a fronte di un impegno costante nel concordare le prove d'esame, di fare ricerca insieme, di mantenere un gruppo permanente di lavoro.

In questo senso il Collegio IPASVI di Vicenza, si è impegnato a garantire una rosa stabile di Consiglieri, che fanno da referenti per questo tipo di attività. Come descritto sopra l'esame finale si svolge in due momenti: giornata dedicata all'Esame di Stato (esame abilitante), giornate dedicate alla discussione delle tesi.

L'IPASVI nazionale ha emanato un documento sui requisiti essenziali che devono contraddistinguere l'esame abilitante o prova pratica, tra questi emerge la neces-

sità che ci siano periodiche verifiche sulle modalità di svolgimento dell'esame, e che esista un gruppo stabile di lavoro.

Per quanto riguarda l'Università di Verona la prova abilitante si compone di 50 domande a risposta multipla, e una domanda a risposta aperta. In caso di valutazione insufficiente, il candidato non può proseguire con la discussione della tesi

Nella stesura e preparazione di tale prova si sono tenute in considerazione le raccomandazioni dell'OMS, che specifica:

- esame abilitante va inserito in un processo,
- è una fase finale dove si certifica che competenze “core”, sono state acquisite,
- deve avere fortissimo l'obiettivo di proteggere il cittadino,
- deve avere pertinenza infermieristica e concetto di interdipendenza con altre professioni.

- che sia giusto e non discriminante. Ci si confronta quindi con la dissertazione orale, che normalmente occupa due giornate, e che vede presentate varie tipologie di tesi.

La tesi è una occasione istituzionale in cui lo studente può dimostrare la propria capacità di pensiero e di conduzione di un percorso di apprendimento autonomo e metodologicamente rigoroso.

Al candidato vengono concessi 10 minuti per l'esposizione e 5 minuti per la discussione, alla fine dei quali è invitato ad uscire per permettere ai Membri della Com-

missione di attribuire il punteggio, che per l'elaborato di tesi può essere di 6 punti al massimo. Andranno sommati al punteggio con cui si presenta alla prova e si andrà a definire il punteggio finale espresso in cento decimi con eventuale lode.

Il ruolo del Collegio in questa fase è quello di tutela nei confronti del cittadino, di rispetto dei principi etici della professione, di confronto con candidati che sono al termine di un percorso accademico e saranno chiamati a fornire assistenza infermieristica in varie realtà e in molteplici contesti.

Auguriamo a questi ragazzi di potere iniziare un percorso professionale in tempi consoni, visto la negativa congiuntura economica che sta attraversando il nostro paese, e le carenti programmazioni sul fabbisogno di professionisti in sanità.

Si parla attualmente di concorsi con migliaia di partecipanti, per pochi posti disponibili, situazione che demotiva e non permette ai neolaureati di mettere a frutto capacità e saperi.

Il Collegio vuole essere da stimolo ad accettare eventuali opportunità di lavoro all'estero, che sicuramente contribuiranno a concorrere ad una crescita sotto il profilo professionale ed umano.

a cura di
Valeria Rossetto





Il fascicolo sanitario elettronico (FSE): vantaggi e punti di criticità

Il Fascicolo sanitario elettronico è una raccolta di documentazione sanitaria disponibile su internet in forma protetta e riservata, consultabile solo attraverso l'utilizzo di credenziali personali. Nel tempo, costituisce la storia clinica di una persona. Nel Fascicolo vengono immesse le informazioni già presenti in Sanità On Line detta SOLE (rete che collega tutti i medici di famiglia e i pediatri alle strutture sanitarie e agli specialisti del Servizio Sanitario Regionale. SOLE permette di memorizzare nel FSE, in modo automatico, tutti i documenti sanitari prodotti dal primo gennaio 2008):

- dati anagrafici;
- eventuali esenzioni dal pagamento del ticket;
- prescrizioni di visite ed esami specialistici;
- prescrizioni di farmaci;

- referti di visite ed esami erogati dalle strutture pubbliche del Servizio sanitario regionale (e, progressivamente, anche da strutture private accreditate);

- referti di pronto soccorso;
- lettere di dimissioni da ospedali pubblici (e, progressivamente, da ospedali privati accreditati).

Ogni persona può decidere di inserire anche altri documenti personali (ad esempio: appunti sulle cure o sulle diete da seguire, un'agenda per gli appuntamenti, documenti relativi a visite o esami fatti in strutture private o in strutture sanitarie di altre Regioni).

L'interessato potrà accedervi con le credenziali personali e una volta effettuato, è possibile usufruire direttamente di altri servizi on line:

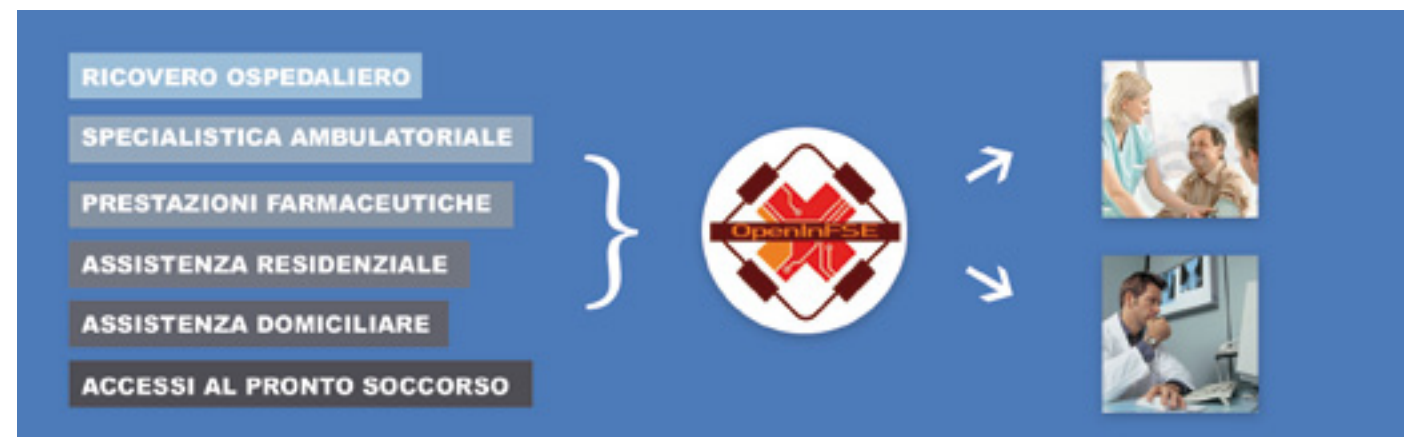
- pagare il ticket o la tariffa di visite ed esami erogati da professionisti del Servizio

sanitario regionale in libera professione, • conoscere indirizzo e orari del proprio medico o pediatra di famiglia.

A breve sarà possibile:

- prenotare visite ed esami specialistici
- cambiare o revocare la scelta del medico o del pediatra di famiglia.

Il Fascicolo Sanitario Elettronico ha come obiettivo il fornire ai medici, e più in generale ai clinici, una visione globale e unificata dello stato di salute dei singoli cittadini, e rappresenta il punto di aggregazione e di condivisione delle informazioni e dei documenti clinici afferenti al cittadino, generati dai vari attori del Sistema Sanitario. Esso contiene eventi sanitari e documenti di sintesi, organizzati secondo una struttura gerarchica paziente-centrica, che permette la navigazione fra i documenti clinici in modalità differenti a seconda del tipo di indagine



Un recente documento dell'Agenzia per l'Italia Digitale della Presidenza del Consiglio dei ministri dal titolo: "Linee guida per la presentazione dei Piani di Progetto Regionali per il FSE" prevede:

- entro il 30 giugno 2014 la presentazione da parte delle Regioni e delle Province Autonome dei Piani di Progetto per il FSE
- entro il 30 giugno del 2015 l'attivazione definitiva del FSE.

La Medicina generale sarà il protagonista principale nell'implementazione di questo nuovo strumento sanitario e gli aspetti che subiranno modifiche evolutive saranno diversi.

Si vuole in questo articolo avendo preso in considerazione i riferimenti nazionali

normativi del FSE (elencati in bibliografia) esprimerne i vantaggi e quelli che potrebbero essere alcuni punti di criticità.

VANTAGGI DEL FSE

I vantaggi offerti dal FSE possono essere diversi:

- tempestività nella consultazione di informazioni riguardanti lo stato di salute del singolo utente;
- comunicazione immediata tra medici di famiglia, specialisti e ospedalieri via web;

- il telemonitoraggio domiciliare sui pazienti affetti da patologie croniche;
- riduzione delle liste d'attesa e di file interminabili agli sportelli; dematerializzazione della ricetta medica; le richieste di visite

specialistiche saranno tempestive e via web.

- Eliminazione dei flussi dei cittadini all'interno delle farmacie: la richiesta del farmaco emessa dal computer del medico di base arriva direttamente alla farmacia che avviserà l'utente della presenza del farmaco (percorso in fase di attuazione);
- Facilità per gli operatori sanitari nel risalire alla storia clinica del paziente;
- tracciabilità: i dati informatici all'interno di cartelle web non possono scomparire;
- Sicurezza: maggior controllo e visione diretta della persona assistita;
- Prenotazione di visite on-line
- Effettuazione di pagamenti visite via web;
- Monitoraggio e consultazione tempestiva

da parte del paziente nei confronti dell'intera propria documentazione sanitaria

PUNTI DI CRITICITÀ DEL FSE

Tuttavia il nuovo strumento potrebbe presentare delle criticità che possono essere elencate nei seguenti punti.

- Non possesso del pc da parte dell'utente
- Incapacità di utilizzare sistemi informatici da parte di pazienti anziani
- Utilizzo di dati personali in rete
- Non tutela della privacy all'accesso dei dati anche se deve essere fornito un consenso a priori
- Possibilità di inadeguatezza nei sistemi di codifica che risultano attualmente versionabili (cambiano in continuazione); le richieste di visite specialistiche dovranno essere effettuate tramite codici che dovranno essere unificati per l'intera nazione altrimenti gli utenti non potranno usufruire

- di servizi sanitari di altre regioni;
- difficoltà di correzione dati in caso di inserimento informazioni errate;
- non uniformità dei codici esenzione sul territorio nazionale;
- resistenze nei confronti di un progetto informatizzato.

Nonostante quanto citato si auspica che il FSE divenga uno strumento facilitatore dell'assistenza sanitaria permettendo un immediato e coscienzioso accesso a tutte le informazioni digitali del paziente per una migliore e pronta diagnosi nonché definizione dei percorsi assistenziali della patologia.

Sarà importante che gli infermieri, che sono tra coloro maggiormente in contatto con gli utenti, siano in grado di apportare al Fse il contributo proprio della professionalità ed è auspicabile che la cartella infermieristica, strumento di lavoro che per-

mette all'infermiere di operare avendo a disposizione in un'unica documentazione tutte le informazioni riguardanti la persona che ha preso in carico, sia integrata al Fse, garantendo lo svolgimento delle funzioni infermieristiche in modo tempestivo, appropriato e maggiormente sicuro.



BIBLIOGRAFIA

1. Convegno MEDITH HEALTH INNOVATION, Il fascicolo sanitario elettronico, appunti di Arianna Saugo, Vicenza aprile 2014.
2. Ministero della salute Prescrizioni in tema di Fascicolo sanitario elettronico (Fse) - 16 luglio 2009, tratto dal sito <http://www.garanteprivacy.it/>, data d'accesso aprile 2014.
3. Ministero della salute, Il dossier farmaceutico nel Fascicolo sanitario elettronico LEGGE 9 agosto 2013, n. 98 Conversione, con modificazioni, del decreto-legge 21 giugno 2013, n. 69 Disposizioni urgenti per il rilancio dell'economia, tratto dal sito www.salute.gov.it/portale, data d'accesso aprile 2014.
4. Ministero della salute, Legge 17 dicembre 2012, n. 221, L'Agenda Digitale.
5. Ministero della Salute, Linee guida per la presentazione dei Piani di Progetto Regionali per il Fascicolo Sanitario Elettronico, 11 novembre 2010.

a cura di
Arianna Saugo





Tecniche di raffreddamento in corso di ipotermia terapeutica: Revisione della letteratura

Introduzione

L'ipotermia terapeutica è un metodo riconosciuto come valido per favorire una neuro-protezione nei pazienti in stato comatoso (Glasgow Coma Scale ≤ 8) che hanno subito un arresto cardiocircolatorio (ACC) con ritorno del circolo spontaneo (ROSC). Per permetterne l'induzione e il mantenimento, nella pratica clinica degli ultimi anni sono state introdotte diverse tecniche di raffreddamento che possono essere utilizzate in ambiente intra o extra-ospedaliero. Inoltre possono essere distinte in tecniche invasive o non invasive che possono essere convenzionali o di più recente acquisizione.

Le manovre non invasive comprendono sia metodi convenzionali, quali l'applicazione di impacchi di ghiaccio sulla cute del paziente e l'utilizzo di coperte di raffreddamento ad aria o ad acqua con o senza un controllo automatico della temperatura, sia tecniche di più recente acquisizione, quali l'applicazione di cuscinetti adesivi o pads (Artic Sun®), caschetti di raffreddamento, un sistema di ricircolazione d'aria fredda (Delta Therm System®) o l'immersione in bagno di acqua ghiacciata (Thermosuit System®), il quale è ancora oggetto di studi e non risulta attualmente applicabile nei pazienti critici. Le tecniche invasive comprendono la tecnica convenzionale con infusione endovenosa di liquidi raffreddati a 4°C, la tecnica con ga-

strolusi (minimamente invasiva) e quelle più recenti con catetere endovascolare inserito in vena cava inferiore tramite vena femorale (Coolgard®) ed il raffreddamento per via nasofaringea (Rhinocool®). L'obiettivo della presente revisione è stato quello di confrontare le diverse tecniche di raffreddamento in corso di ipotermia terapeutica nei pazienti con ritorno del circolo spontaneo (ROSC) dopo arresto cardiocircolatorio (ACC) secondo 4 indicatori di pertinenza:

1. facilità ed efficacia di applicazione;
2. complicanze e problematiche;
3. vantaggi e svantaggi per i pazienti;
4. management infermieristico.

Materiali e metodi

La revisione della documentazione scientifica è avvenuta tra il mese di novembre 2013 e febbraio 2014 utilizzando il database biomedico di PubMed, includendo pubblicazioni primarie e secondarie di studi svolti su soggetti umani e maggiori, articoli in lingua inglese e in italiano ed in possesso di riassunto. I disegni di ricerca considerati sono stati: studi osservazionali, RCT, revisioni sistematiche e meta analisi. Sono stati esclusi dalla presente revisione tutti gli studi pubblicati precedentemente ai 10 anni e pubblicazioni di lettere e commenti di studi.

Per permettere il confronto tra le diverse tecniche la revisione è stata stesa secondo i 4 indicatori esplicitati nell'obiettivo. Le parole chiave utilizzate per la costruzione della stringa di ricerca sono state: "Hypothermia, Induced"; "Emergency Medical Services"; "Methods"; "Hypothermia"; "Resuscitation"; "Heart Arrest". Tali descrittori sono stati, dove possibile, combinati attraverso l'operatore booleano "AND" in modo tale da restringere il campo dei record e l'operatore booleano "OR" per allargare la ricerca. A tale scopo è importante utilizzare entrambi gli operatori booleani su una stringa di ricerca perché consentono di aumentare la sensibilità della ricerca, cioè ampliarla, attraverso l'operatore "OR" e aumentare allo stesso tempo la specificità, ovvero restringerla, attraverso l'operatore "AND". Dopo avere selezionato gli articoli, valutandone la pertinenza rispetto al quesito, si è provveduto alla traduzione degli stessi dall'inglese all'italiano.

Risultati

Con la presente pubblicazione sono stati reperiti 135 articoli di cui 97 con abstract disponibile. Nello step successivo sono stati valutati criticamente. L'esito finale ha portato all'individuazione di 4 articoli pertinenti agli scopi della presente ricerca. Questi studi vengono sintetizzati nelle tabelle a seguire (Tabella 1-4):

Tabella 1: primo studio considerato

TITOLO	Pilot Randomized Clinical Trial of Prehospital Induction of Mild Hypothermia in Out-of-Hospital Cardiac Arrest Patients With a Rapid Infusion of 4°C Normal Saline
AUTORI	Kim Francis, Olsufka Michele, Longstreth W.T., Maynard Charles, Carlbom David, Deem Steven, Kudenchuk Peter, Copass Michael K. and Cobb Leonard A.
ANNO-LUOGO-RIVISTA	2007 – USA – Circulation
POPOLAZIONE-SETTING	Tra il novembre 2004 e febbraio 2005 a Seattle, dei 559 arresti cardiaci extra-ospedalieri, 125 pazienti sono stati randomizzati: 63 hanno avuto il raffreddamento extra-ospedaliero, 62 no.
DISEGNO DELLO STUDIO	Studio clinico pilota randomizzato
OBIETTIVO	Il primo obiettivo riguardava la fattibilità del raffreddamento nei pazienti rianimati sul campo, il secondo obiettivo riguardava la sicurezza del raffreddamento, valutata osservando l'insorgenza di effetti avversi e il terzo obiettivo era la valutazione dell'efficacia del raffreddamento pre-ospedaliero valutata in base ai cambiamenti di temperatura.
INTERVENTI	La temperatura è stata valutata a livello esofageo o timpanico. I pazienti sono stati divisi in due gruppi: uno con raffreddamento pre-ospedaliero e uno senza raffreddamento pre-ospedaliero. Nel gruppo raffreddato nel pre-ospedaliero i paramedici hanno infuso fino a 2 L di fisiologica a 4°C tramite CVP di 18 gauge o più grande usando una sacca a pressione gonfiata a 300mmHg. Se i pazienti avevano un riarresto durante il trasporto l'infusione è stata interrotta.

RISULTATI	Le caratteristiche di base non erano significativamente differenti tra i due gruppi. Nel gruppo con raffreddamento pre-ospedaliero non tutti e 63 i pazienti hanno ricevuto l'infusione di liquidi: 8 pazienti non hanno avuto l'infusione di fisiologica a 4°C, 6 pazienti hanno ricevuto una quantità <500mL, 37 pazienti tra 500 mL e 2 L e 12 pazienti hanno ricevuto completamente i 2 L (49 pazienti hanno ricevuto un'infusione tra 500mL e 2L, cioè il 78%). Una maggiore diminuzione della temperatura è stata associata ad una maggiore infusione di liquidi freddi. Non in tutti i pazienti si è potuta misurare la temperatura: al momento della randomizzazione la temperatura tra i due gruppi non era significativamente diversa (p=0,14), all'arrivo in ospedale invece era significativamente inferiore tra i pazienti raffreddati sul campo rispetto a quelli non raffreddati (34.±1.2°C versus 35.7±1.2°C; p<0.0001). Anche la diminuzione media della temperatura è stata significativamente maggiore nel gruppo trattato con ipotermia sul campo (-1.24±1.09°C versus 0.10±0.94°C; p<0.0001). La morte pre-ospedaliera e ospedaliera era simile nei due gruppi. Il raffreddamento sul campo non è associato a conseguenze avverse in termini di pressione sanguigna, frequenza cardiaca, ossigenazione arteriosa, edema polmonare o riarresto. Tra i pazienti ospedalizzati non ci sono state differenze tra i due gruppi per quanto riguarda i giorni per il risveglio, la dimissione e la morte. Quasi il 70% dei decessi è avvenuto entro 2 giorni dall'arresto e il 40% delle dimissioni è avvenuto entro 10 giorni. C'è stata una tendenza verso un miglioramento della sopravvivenza alla dimissione nei pazienti raffreddati sul campo con VF come ritmo iniziale ma non c'erano differenze significative. Di tutti i pazienti dimessi, due pazienti in ciascun gruppo di trattamento ha avuto gravi deficit neurologici. 20 su 29 pazienti (69%) raffreddati sul campo con ritmo iniziale FV si sono risvegliati rispetto ai 10 su 22 (45%) non randomizzati per il raffreddamento sul campo. Tra i pazienti con ritmo iniziale non FV 3 su 34 (9%) randomizzati per il raffreddamento sul campo si sono risvegliati rispetto ai 9 su 40 (23%) del gruppo di controllo. Dei 97 pazienti che sono stati ricoverati in ospedale, 60 sono stati trattati con ipotermia indotta attraverso l'uso di raffreddamento superficiale.
CONCLUSIONI	L'infusione di fisiologica a 4°C sul campo sembra essere un metodo efficace per indurre l'ipotermia lieve nei pazienti rianimati con arresto cardiaco extra-ospedaliero. L'infusione di liquidi freddi non è associata ad eventi avversi (l'infusione rapida di liquidi può portare ad edema polmonare ma questo non è stato significativamente diverso tra i due gruppi) ed è associata ad una diminuzione significativa della temperatura all'arrivo in ospedale.

Tabella 2: secondo studio considerato

TITOLO	Pre-hospital cooling of patients following cardiac arrest is effective using even low volumes of cold saline
AUTORI	Škulec Roman, Truhlař Anatolij, Šeblová Jana, Dostál Pavel, Černý Vladimír
ANNO-LUOGO-RIVISTA	2010 – Repubblica Ceca – Critical Care
POPOLAZIONE-SETTING	18 basi mediche con personale del servizio medico di emergenza e 23 unità di terapia intensiva di 2 regioni amministrative della repubblica ceca. 41 pazienti sono stati sottoposti a valutazione di base, 1 paziente è morto prima di qualsiasi tipo di intervento di raffreddamento, per cui 40 pazienti sono stati sottoposti ad ipotermia e altri 40 sono stati considerati come gruppo di controllo retrospettivo.
DISEGNO DELLO STUDIO	Studio prospettico multicentrico osservazionale non randomizzato con un gruppo di controllo retrospettivo
OBIETTIVO	Studio clinico per valutare l'efficacia di un raffreddamento pre-ospedaliero con l'infusione di 15-20mL/kg di FIS 4°C. Analizzati anche l'impatto e la sicurezza sugli esiti clinici.
INTERVENTI	Nei pazienti del gruppo di trattamento è stata fatta una valutazione dei segni vitali dopo ROSC, quindi sono stati raffreddati con l'infusione di fisiologica a 4°C con una dose di 15-20mL/Kg (confezionate in sacchetti da 250-500 mL). I pazienti del gruppo di controllo sono stati selezionati dalle documentazioni sanitarie dell'anno precedente allo studio. La temperatura è stata valutata a livello timpanico (TT). L'obiettivo primario era il calo della TT dal basale all'ammissione ospedaliera.
RISULTATI	La somministrazione di 12.6±6.4 mL/kg di fisiologica a 4°C ha condotto ad una diminuzione della TT di 1.4±0.8°C in 42.8±19.6 minuti (p<0.001) con una minor necessità di catecolamine durante il trasporto (35% nel gruppo di trattamento versus 52.2% nel gruppo di controllo, p=0.115). Il raffreddamento più efficace è stato associato ad un tempo di trasporto compreso tra 38-60 minuti, con la somministrazione di 17 mL/kg di soluzione salina fredda. C'è stato un sotto dosaggio di refrigerante in 23 pazienti (57.5%) dovuto al breve tempo di trasporto. La TT non superiore ai 34°C è stata raggiunta nel 17.5% dei pazienti raffreddati, mentre una TT non superiore ai 35°C è stata raggiunta nel 52.5% dei casi. I due gruppi erano comparabili per quanto riguarda gli eventi avversi post-rianimazione. Il raffreddamento pre-ospedaliero associato all'ipotermia terapeutica intra-ospedaliera ha predetto un esito neurologico favorevole alla dimissione (OR 4.1, CI95% 1.1-18.2, p=0.046).
CONCLUSIONI	L'induzione dell'ipotermia pre-ospedaliera con una dose più bassa di liquidi freddi si è dimostrata efficace. Questa dose può essere associata ad un impatto favorevole nella stabilità circolatoria precoce dopo ROSC e, quando associata ad un'ipotermia terapeutica intra-ospedaliera, può potenzialmente migliorare la prognosi.

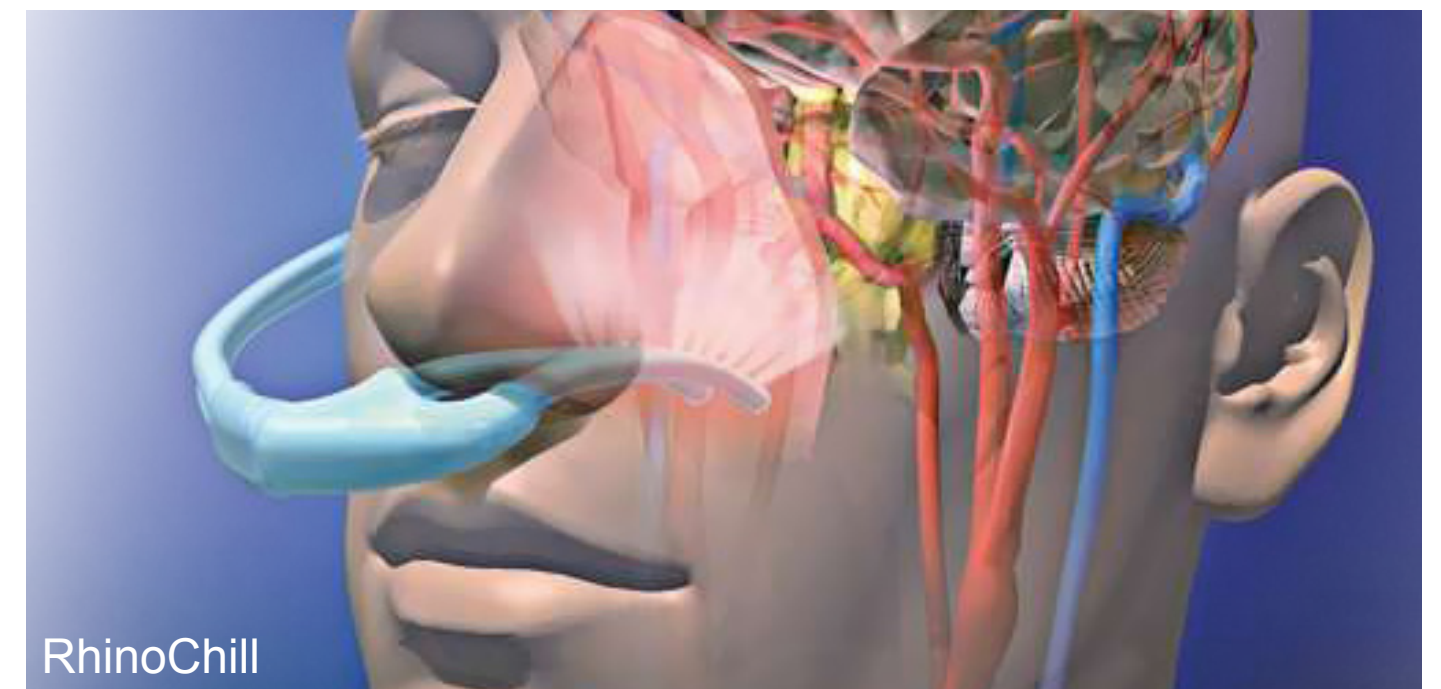
Tabella 3: terzo studio considerato

TITOLO	Effect of prehospital induction of mild hypothermia on survival and neurological status among adults with cardiac arrest: a randomized clinical trial
AUTORI	Kim Francis, Nichol Graham, Maynard Charles, Hallstrom Al, Kudenchuk Peter J., Rea Thomas, Copass Michael K., Carlbom David, Deem Steven, Longstreth Jr W. T., Olsufka Michele, Cobb Leonard A.,
ANNO-LUOGO-RIVISTA	2014 – USA – Jama
POPOLAZIONE-SETTING	Tra il dicembre 2007 e il dicembre 2012, con follow-up nel maggio 2013, 1359 pazienti sono stati randomizzati
DISEGNO DELLO STUDIO	Studio clinico randomizzato
OBIETTIVO	Determinare se il raffreddamento pre-ospedaliero migliora gli esiti dopo la rianimazione da arresto cardiaco in pazienti con o senza FV
INTERVENTI	Le temperature sono state misurate a livello timpanico ed esofageo. I pazienti sono stati divisi in due gruppi, il gruppo di trattamento veniva trattato con l'infusione di 2L di fisiologica a 4°C il prima possibile dopo ROSC, nel gruppo di controllo invece non venivano infusi liquidi di raffreddamento pre-ospedalieri. Per l'infusione è stato usato un CVP di 18 gauge o più grande con una sacca gonfiata a 300mmHg con l'obiettivo di raggiungere una temperatura <34°C. Se il paziente aveva un riarresto durante il trasporto l'infusione veniva interrotta. Gli esiti primari erano la sopravvivenza e lo stato neurologico al momento della dimissione ospedaliera. Il personale che valutava i dati dello studio era all'oscuro dell'allocazione dei pazienti. Sono stati valutati i giorni trascorsi prima della morte senza risveglio del paziente e i giorni trascorsi prima del risveglio. È stato valutato lo stato neurologico al momento della dimissione valutando i progressi giornalieri definiti come: pieno recupero, stato da lieve a moderato a gravemente compromesso, coma o morte.
RISULTATI	L'intervento ha diminuito la temperatura centrale all'arrivo in ospedale di 1.20°C (CI95%=da -1.33°C a -1.07°C) nei pazienti con FV, e di 1.30°C (CI95%= da -1.40°C a 1.20°C) nei pazienti senza FV e ha ridotto il tempo per raggiungere una temperatura inferiore a 34°C di circa 1h rispetto al gruppo di controllo. La sopravvivenza alla dimissione ospedaliera era simile nei due gruppi sia con FV che senza FV (p=0.69 tra i pazienti con FV dei due gruppi; p=0.30 tra i pazienti senza FV dei due gruppi). L'intervento inoltre si è visto non essere associato ad un miglioramento nello stato neurologico di un completo miglioramento o di una compromissione lieve al momento della dimissione sia per i pazienti con FV (57.5% dei casi [CI95%=51.8% -63.1%] ha avuto pieno recupero o compromissione lieve vs 61.9% dei controlli [CI95%=56.2% -67.2%]; P = 0.69), sia quelli senza FV (14.4% dei casi [CI95%= 11.3% -18.2%] contro il 13.4% dei controlli [CI95%= 10.4% -17.2%]; P = 0.30). Nel complesso, il gruppo di intervento ha sperimentato un riarresto nel campo più frequentemente rispetto al gruppo di controllo (26% [CI95%= 22% -29%] vs 21% [CI95%=18% -24%], rispettivamente, p = 0.008) così come un maggiore uso di diuretici ed edema polmonare nella prima radiografia del torace, che si è risolto entro 24 ore dopo il ricovero.
CONCLUSIONI	Anche se l'uso del raffreddamento pre-ospedaliero riduce la temperatura centrale all'arrivo in ospedale e riduce il tempo per raggiungere la temperatura di 34°C non migliora la sopravvivenza o lo stato neurologico tra i pazienti rianimato con o senza FV. La somministrazione rapida di liquidi è stata associata a più alti tassi di un nuovo arresto cardiaco durante il trasporto e aumento di edema polmonare transitorio, che si è risolto entro le prime 24 ore. Anche se l'ipotermia è una strategia promettente per migliorare la rianimazione e il recupero neurologico dopo arresto cardiaco, i risultati dello studio non supportano l'uso di routine di liquidi freddi per via endovenosa in ambiente pre-ospedaliero per migliorare i risultati clinici.

Tabella 4: quarto studio considerato

TITOLO	Intra-arrest transnasal evaporative cooling: a randomized, prehospital, multicenter study (PRINCE: Pre-ROSC IntraNasal Cooling Effectiveness)
AUTORI	Castrén Maaret, Nordberg Per, Svensson Leif, Taccone Fabio, Vincent Jean-Louise, Desruelles Didier, Eichwede Frank, Mols Pierre, Schwab Tilmann, Vergnion Michel, Storm Christian, Pesenti Antonio, Pacht Jan, Guérisse Fabien, Elste Thomas, Roessler Markus, Fritz Harald, Durnez Pieterjan, Busch Hans-Jörg, Inderbitzen Becky and Barbut Denise
ANNO-LUOGO-RIVISTA	2010 – Svezia/Germania/Belgio/Italia/California – Circulation
POPOLAZIONE-SETTING	Dal novembre 2008 al giugno 2009 in 5 paesi europei sono stati arruolati 200 pazienti, di questi 6 sono stati persi per cui sono stati inclusi nello studio 194 pazienti: 93 nel gruppo di trattamento e 101 nel gruppo di controllo.
DISEGNO DELLO STUDIO	Studio prospettico multicentrico randomizzato
OBIETTIVO	Determinare la sicurezza, fattibilità ed efficacia del raffreddamento pre-ospedaliero fatto con il metodo transnasale (RhinoChill) e valutare se l'aggiunta del raffreddamento intra-arresto al raffreddamento di base ospedaliero provoca impatti clinicamente rilevanti nella misurazione degli outcome il tasso di ROSC, la sopravvivenza alla dimissione e la sopravvivenza con uno stato neurologicamente intatto.

INTERVENTI	Nel gruppo di raffreddamento è stato posizionato il catetere transnasale nel pre-ospedaliero e il raffreddamento è continuato anche in ambulanza, a meno che il paziente non recuperasse lo stato di coscienza, e se possibile è stato mantenuto finché non si è iniziato un raffreddamento sistemico, salvo l'insorgenza di effetti collaterali. In entrambi i gruppi non è stato utilizzato un raffreddamento aggiuntivo con infusione di liquidi freddi o impacchi di ghiaccio. La temperatura è stata misurata a livello timpanico per avere un'approssimazione della temperatura media cerebrale, poi la temperatura centrale è stata valutata con termometri a livello rettale, vescicale o intravascolate.
RISULTATI	Le caratteristiche di base erano simili tra i due gruppi. Ci sono stati 18 eventi avversi correlati al dispositivo: 13 sbiancamenti nasali (14%), epistassi in 3 pazienti (3.2%) ed era grave in 1 paziente con coagulopatia secondaria ad insufficienza epatica. Questo è stato l'unico evento avverso grave riferito dall'apparecchio. Dopo 75 minuti di trattamento in 1 paziente si è verificato enfisema periorbitale risolto spontaneamente entro 24 ore. Il numero totale di eventi avversi gravi verificatisi entro 7 giorni era 7 nel gruppo di trattamento (1 paziente con coagulopatia ha avuto sanguinamento, 3 pazienti hanno avuto un nuovo arresto cardiaco, 1 convulsioni, 1 aritmia letale, 1 insufficienza renale) e 14 nel gruppo di controllo (2 pazienti con acidosi, 1 infarto acuto del miocardio, 1 sanguinamento, 2 nuovo arresto cardiaco, 1 convulsioni, 2 aritmia letale, 2 insufficienza renale, 3 sepsi/ insufficienza multiorgano). All'arrivo in ospedale, la TT media era significativamente più bassa nel gruppo di trattamento (34.2°C versus 35.5°C, p<0.001). La temperatura centrale è stata misurata nel 60% dei pazienti a livello rettale, nel 35% a livello vescicale e nel 5% per via vascolare. Il tempo per raggiungere la temperatura target è stato più breve tra i pazienti con catetere transnasale. Non ci sono state differenze significative nella percentuale di pazienti che hanno raggiunto ROSC (p=0.48). Nel sottogruppo di pazienti, nei quali la CPR è stata iniziata entro 10 minuti la percentuale dei sopravvissuti alla dimissione aveva una differenza statisticamente significativa tra i due gruppi. Tra i pazienti raffreddati, il 56.5% sono sopravvissuti alla dimissione, rispetto al 29.4% del gruppo di controllo (p0.04, RR 1.9). Anche la sopravvivenza con uno stato neurologicamente intatto era significativamente più alta nei pazienti raffreddati e con una CPR entro 10 minuti dal collasso rispetto al gruppo di controllo (43.5% versus 17.6%, p=0.03, RR 2.5).
CONCLUSIONI	Il raffreddamento transnasale intra arresto è sicuro e fattibile ed è associato ad un miglioramento significativo nell'intervallo di tempo richiesto per il raffreddamento del paziente. Facile da usare durante l'arresto cardiaco e non interferisce con il supporto vitale avanzato; inoltre induce uno specifico raffreddamento cerebrale. L'associazione tra raffreddamento nasale precoce e CPR precoce possono portare ad esiti favorevoli.



Il primo criterio riguarda "Facilità ed efficacia di applicazione". Dagli studi emerge che per l'infusione di liquidi freddi tutti concordano sull'utilizzo di soluzione fisiologica o ringer lattato raffreddati a 4°C, esistono delle discordanze sulla quantità da infondere: Kim et al. (2007) infatti, sostengono che sono necessari grandi volumi, fino a circa 2 litri, mentre Skulec et al. (2010), sostengono che basta un volume inferiore con circa 17 mL/Kg. Risulta comunque la tecnica migliore per indurre l'ipotermia in quanto pratica, economica e di rapida induzione. Permette infatti un raffreddamento precoce sul campo, anche durante le manovre di supporto vitale avanzato, anche se secondo Kim et al. (2014) il raffreddamento precoce dei pazienti non sembrerebbe comportare un miglioramento degli esiti neurologici rispetto ai pazienti raffreddati in ospedale. Per quanto riguarda le coperte a circolazione d'acqua, i pads e il catetere endovascolare, risultano tutte tecniche utili ed efficaci in egual modo per indurre l'ipotermia mentre per il mantenimento risultano migliori il catetere endovascolare e i pads con una maggior stabilità termica. Infine, dallo studio di Castrén et al. (2010) risulta che il catetere transnasale, favorisce una rapida riduzione della temperatura ed è facile e veloce da applicare nell'ambiente extra-ospedaliero.

Il secondo criterio analizzato riguarda "Complicanze e problematiche" relative alle tecniche di raffreddamento. Si è visto che sia gli impacchi di ghiaccio che le coperte refrigeranti risultano provocare un eccessivo raffreddamento, al di sotto dei 32°C, e instabilità termica con fluttuazioni della temperatura durante la fase di mantenimento e rischio di ipertermia di rimbalzo durante la fase di riscaldamento, questo perché, non sono dotati di un controllo automatico della temperatura. Gli impacchi di ghiaccio inoltre favoriscono un raffreddamento lento (0.9 – 1°C/h). Le coperte invece hanno un tempo di raffreddamento che varia da 1 a 3 °C/h a seconda del numero di coperte utilizzate e dipendono da fonti energetiche esterne come il catetere endovascolare e i pads che in aggiunta sono anche molto costosi. I liquidi freddi non risultano validi per il mantenimento della temperatura.

Il terzo criterio di pertinenza verte sui "Vantaggi e svantaggi" per i pazienti dove si è visto che i liquidi freddi permettono un aumento della volemia riducendo quindi la necessità di un supporto farmacologico. Il problema di questa tecnica però è che, se si somministrano grandi volumi in poco tempo, si aumenta il rischio di sviluppare edema polmonare (o di ulteriori arresti cardiaci). Il catetere endovascolare, come anche i pads, permettono di mantenere una temperatura stabile durante il mantenimento (favorendo buoni esiti neurologici alla dimissione). È emerso inoltre che utilizzando i pads non aumenta il rischio di sviluppare lesioni dispositivo correlate,

possono però provocare alterazioni glicemiche, mentre il catetere endovascolare, essendo una manovra invasiva, può aumentare il rischio di infezioni e da uno studio sono emerse anche alterazioni elettrolitiche. Il catetere transnasale favorisce anch'esso un buon esito neurologico, grazie ad un raffreddamento cerebrale molto rapido; può portare però a congelamento della mucosa nasale. Infine gli impacchi di ghiaccio e le coperte di raffreddamento possono aumentare il rischio di lesioni cutanee provocare instabilità termica.

L'ultimo criterio considerato è il "Management infermieristico" per il quale non esistono molti studi legati alla gestione della singola tecnica. Si è visto infatti che, indipendentemente dal metodo utilizzato, il carico di lavoro aumenta per interventi di tipo indiretto, ovvero la regolazione della temperatura ambientale e per interventi diretti sul paziente. Tra le attenzioni principali, riportate da McKean (2009), troviamo il monitoraggio visivo del paziente per identificare precocemente l'insorgenza di brividi, il controllo del sistema di ventilazione meccanica, il monitoraggio elettrocardiografico e pressorio continuo per il rischio di aritmie correlate all'ipotermia e per un rischio di ipotensione soprattutto in fase di riscaldamento del paziente. Il controllo della diuresi e dell'idratazione del paziente per il rischio di alterazioni elettrolitiche monitorate attraverso esami ematochimici, oltre che il controllo della glicemia. Inoltre è importante anche controllare il corretto funzionamento e posizionamento dei termometri che prevalentemente sono posizionati a livello vescicale, esofageo o intravascolare. Per quanto riguarda il catetere endovascolare il monitoraggio del paziente va eseguito anche per il rischio di sviluppare trombosi venose profonde o infezioni sistemiche o del sito di inserzione. Per gli impacchi di ghiaccio invece aumenta il carico di lavoro in quanto devono essere continuamente riapplicati.

Discussione e conclusione

I sistemi di raffreddamento rientrano all'interno di due macro-categorie: esterni ed interni. L'importanza di conoscere la tecnica di raffreddamento più appropriata rappresenta un must nel trattamento ipotermico del malato in quanto favorisce lo scambio di informazioni tra i vari servizi e rende più agevole la costruzione di percorsi clinico-assistenziali.

Dalla presente ricerca risulta che tutte le tecniche di raffreddamento hanno una loro efficacia anche se non prive di complicanze, ma nessuna è priva di complicanze, per cui la presente revisione suggerisce di effettuare un rapporto tra benefici e rischi del singolo dispositivo/tecnica rispetto al paziente, al sanitario e all'organizzazione. In aggiunta alcuni studi dimostrano la netta correlazione tra il tipo di scelta della tecnica rispetto alla possibilità di utilizzare la tecnica in ambiente intra o extra-ospedaliero, considerando la sua

dipendenza da fonti energetiche esterne, e infine valutare anche il costo del dispositivo che si intende utilizzare. In ogni caso, se è possibile scegliere, risultano migliori i dispositivi con controllo automatico della temperatura.

Essendo un trattamento sanitario di recente introduzione, è ancora in fase evolutiva, per cui è fondamentale l'aggiornamento personale e continuo non solo sulle tecniche ma anche sull'ipotermia terapeutica. A tale proposito, in uno studio pubblicato alla fine del 2013, è stato evidenziato che non c'è differenza nel raffreddare i pazienti a 36°C invece di raggiungere i 33°C. Questo potrebbe quindi comportare ad un cambiamento dei range terapeutici da raggiungere e mantenere con una regolazione diversa dei dispositivi di raffreddamento e nel complesso un approccio più solistico del paziente.

Bibliografia

Castrén M., Nordberg P., Svensson L., Taccone F., Vincent J.L., Desruelles D., Eichwede F., Mols P., Schwab T., Vergnion M., Storm C., Pesenti A., Pahl J., Guérisse F., Elste T., Roessler M., Fritz H., Durnez P., Busch H. J., Inderbitzen B. & Barbut D. (2010). Intra-arrest transnasal evaporative cooling: A randomized, prehospital, multicenter study (PRINCE: Pre-ROSC IntraNasal Cooling Effectiveness). *Circulation*, 122(7), 729-736.

Hoedemaekers C. W., Ezzahti M., Gerritsen A. & Van der Hoeven J. G. (2007). Comparison of cooling methods to induce and maintain normo- and hypothermia in intensive care unit patients: a prospective intervention study. *Critical Care*, 11(4):R91.

Kim F., Nichol G., Maynard C., Hallstrom A., Kudenchuk P. J., Rea T., Copass M. K., Carlbom D., Deem S., Longstreth W. T. Jr, Olsufka M. & Cobb L. A. (2014). Effect of prehospital induction of mild hypothermia on survival and neurological status among adults with cardiac arrest: a randomized clinical trial. *Journal of the American Medical Association*, 311(1), 45-52.

Kim F., Olsufka M., Longstreth W.T., Maynard C., Carlbom D., Deem S., Kudenchuk P., Copass M. K. & Cobb L. A. (2007). Pilot Randomized Clinical Trial of Prehospital Induction of Mild Hypothermia in Out-of-Hospital Cardiac Arrest Patients With a Rapid Infusion of 4°C Normal Saline. *Circulation*, 115(24), 3064-3070.

Merchant R. M., Abella B. S., Peberdy M. A., Soar J., Ong M. E. H., Schmidt G. A., Becker L. B. & Vanden Hoek T. L. (2006). Therapeutic hypothermia after cardiac arrest: unintentional overcooling is common using ice packs and conventional cooling blankets. *Critical Care Medicine*, 34(12 suppl.), 490-494.

McKean S. (2009). Induced moderate hypothermia after cardiac arrest. *Advanced Critical Care*, 20(4), 343-355.

Olson D. W. M., Kelly A. P., Washam N. C. & Thoyre S. M. (2008). Critical care nurses' workload estimates for managing patients during induced hypothermia. *Nursing in Critical Care*, 13(6), 305-309.

Skulec R., Truhlar A., Seblova J., Dostal P. & Cerny V. (2010). Pre-hospital cooling of patients following cardiac arrest is effective using even low volumes of cold saline. *Critical Care*, 14(6):R231.

Seder D.B. & Van der Kloot T.E. (2009). Methods of cooling: Practical aspects of therapeutic temperature management. *Critical Care Medicine*, 37(7), 211-222.

Taccone F.S., Donatello K., Beumier M. & Scolletta A. (2011). When, where and how to initiate hypothermia after adult cardiac arrest. *Minerva Anestesiologica*, 77(9), 927-933.

Vaga A., Busch M., Karlsen T. E., Nilsen O. B. & Soreide E. (2008). A pilot study of key nursing aspects with different cooling methods and devices in the ICU. *Resuscitation*, 76(1), 25-30.

Il presente articolo è stato tratto dalla tesi di Laurea
in Infermieristica della Lareanda **Giulia Miolato** dell'Anno accademico 2012-2013

A cura di:

Giulia Miolato



Stefano Marcante
Dirigente medico
1° Livello, UOC
Anestesia e
Rianimazione,
ULSS 6 "Vicenza"

Matteo Storti



Data:
martedì 27.05.2014

Sanità

Estratto da Pagina:
6



SOSTENIBILITÀ/ L'indagine conoscitiva delle Commissioni Bilancio e Affari sociali della Camera

Ecco perché scricchiola il Ssn

Le ricette: nuova governance, innovazione, più territorio e prevenzione

Data:
martedì 27.05.2014

Sanità

Estratto da Pagina:
6

Composizione della spesa sanitaria (milioni di euro)					
	2008	2009	2010	2011	2012
Prestazioni sociali in natura	101.102	102.644	104.711	103.409	102.791
Corrispondenti a beni e servizi prodotti da produttori market	39.407	40.809	41.314	40.404	39.578
• Farmaci	11.226	10.997	10.913	9.862	9.145
• Assistenza medico-generica	6.079	6.949	6.984	6.724	6.736
• Assistenza medico-specialistica	3.948	4.112	4.542	4.737	4.720
• Assistenza ospedaliera in case di cura private	9.407	9.493	9.449	9.503	9.395
• Assistenza protesica e balneo-termale	3.903	3.954	3.940	4.113	3.944
• Altra assistenza	5.044	5.304	5.488	5.467	5.638
Corrispondenti a servizi prodotti da produttori non market	41.495	41.835	43.195	43.283	43.213
• Redditi da lavoro dipendente	35.757	34.467	35.449	34.425	33.941
• Corsami intermedi	23.230	24.777	25.220	26.168	26.779
• Altro	2.508	2.591	2.726	2.610	2.473
Contribuzioni diverse	952	894	852	876	1.001
Servizi amministrativi	5.482	5.705	5.797	5.838	5.825
• Redditi da lavoro dipendente	2.802	2.894	2.897	2.828	2.747
• Corsami intermedi	2.507	2.430	2.717	2.833	2.906
• Altro	173	181	183	177	172
Altre uscite	1.355	1.231	1.164	1.230	1.225
di cui interessi passivi	588	424	324	380	335
Totale uscite correnti	108.091	110.474	112.524	111.593	110.842

rale regionale, condizioni geografiche, entità dei flussi migratori, indici di povertà della popolazione. Ma anche differenze strutturali, tecnologiche e di risorse umane che rendono «disomogenea la risposta ai bisogni di salute del cittadino». Per questo «il sistema dei "costi standard" e delle "Regioni benchmark", assolutamente virtuoso in linea di principio, rischia di restare in larga misura una mera enunciazione se non sarà integrato con la definizione di indicatori appropriati, specifici e coerenti con l'obiettivo di consentire la crescita del livello assistenziale medio delle Regioni a maggior svantaggio strutturale». E la valutazione sui Piani di rientro, indispensabile per il raggiungimento del controllo delle variabili finanziarie, non dovrebbe trascurare l'impatto reale sull'efficacia e l'efficienza nella produzione ed erogazione dei servizi, «legando le procedure di verifica degli obiettivi delle Regioni in piano di rientro al miglioramento complessivo dell'attività assistenziale». E in questo ambito va colmata l'assenza del Live-

as, ai fini di una completa integrazione socio-sanitaria. La sfida dell'appropriazione. Nel corso dell'indagine conoscitiva è stato riconosciuto da tutti che il modello dell'Azienda sanitaria funziona. Ma la qualità va premiata «promuovendo una virtuosa competizione fra erogatori che induce gli stessi - sia pubblici che privati - ad adeguarsi ai più rigorosi standard di qualità». E su questo fronte una cura da giocare, nel rispetto di certi equilibri, è la mobilità sanitaria, che può rappresentare uno «strumento di incentivazione degli operatori più efficaci». E in nome dell'appropriazione, suggeriscono i parlamentari nelle conclusioni dell'indagine, più spazio alla razionalizzazione degli acquisti e all'aggregazione selettiva della domanda. E soprattutto più prevenzione nel nostro Paese: l'80% delle malattie è determinato dalle cattive abitudini (fumo, alcol, eccessiva alimentazione, sedentarietà). E più innovazione: non è ormai rinviabile l'armonizzazione strutturale e tecnologica del sistema sanitario attraverso risorse corse e serve una maggiore rapidità e omogeneità nell'accessibilità ai farmaci innovativi. Sarà pure l'ac-

quella. Ma il soldato San ha bisogno di tutto questo. Per essere salvato e dare il meglio di sé. **pagine a cura di Rosanna Magnano Sara Todaro**

Data:
domenica 25.05.2014

IL GIORNALE DI VICENZA

Estratto da Pagina:
10

PEGORARO (PRESIDENTE IPASVI VICENZA): «IL NOSTRO LAVORO FONDAMENTALE PER GARANTIRE IL DIRITTO ALL'ASSISTENZA»

Infermieri, professionisti preziosi

Troppo spesso, sia da parte delle istituzioni che dell'opinione pubblica, si assiste nel nostro Paese ad una sottovalutazione del ruolo che gli infermieri rivestono nell'ambito socio-sanitario; eppure, il progressivo invecchiamento della popolazione (nel 2013, secondo l'Istat, un italiano su cinque è ultrasessantacinquenne; nel 2030 il rapporto salirà a uno su quattro) e il conseguente aumento del numero di pazienti affetti da patologie croniche dovrebbero rendere evidente quanto importanti siano oggi le figure professionali attive nell'assistenza sanitaria.

I termini della questione sono ben chiariti da Federico Pegoraro, presidente del Collegio Provinciale IPASVI di Vicenza (l'Ordine professionale degli infermieri, infermieri pediatrici ed assistenti sanitari): «Il nostro compito principale consiste nel creare le condizioni affinché ai cittadini venga garantito il diritto costituzionale di ricevere prestazioni sanitarie da parte di personale qualificato e abilitato; il secondo obiettivo che ci poniamo, non meno importan-

te, è rivolto agli stessi infermieri, dei quali ci impegniamo a tutelare la professionalità e favorire la formazione, l'ampliamento delle competenze e la crescita culturale. Ciò che vorremmo emergesse maggiormente è il fatto che questi due aspetti distinti sono in realtà interconnessi». Quale miglior garanzia di un'assistenza appropriata può esserci, infatti, se non quella derivante dalla messa in atto di strumenti normativi che favoriscano la crescita professionale degli infermieri?

Da questo punto di vista però, come sottolinea sempre Pegoraro, i segnali provenienti dalle istituzioni non paiono andare nella giusta direzione: «Penso alla questione nata intorno al cosiddetto TEMA, acronimo che sta per "Tempo di erogazione dei minuti di assistenza"; la Regione Veneto, in prima battuta, ha recentemente individuato un limite minimo di 190 minuti da dedicare giornalmente ad ogni paziente in contesti di base, coperto per il 60% dal personale di supporto. La letteratura scientifica più recente a ri-



PRESIDENTE
Federico Pegoraro
VICEPRESIDENTE
Gianmaria Fanchin
SEGRETARIA
Barbara Pozza
TESORIERE
Sonia Dal Degan
CONSIGLIERI
Laila Barreto
Stefano Bigarella
Sonia Cappozzo
Luca Franzè
Olga Gomitolo
Luca Maron
Valeria Rossetto
Stefania Rossi
Matteo Storti

SEDE
VICENZA
Viale Trieste, 29/C
CENTRALINO
0444.30.33.13
ORARI DI APERTURA
mercoledì
10.00/12.00
martedì, giovedì
14.00/18.00
EMAIL
vicenzapavvi@
vicenzapavvi.it
SITO INTERNET
www.vicenzapavvi.it

guardo, però, ha fissato a 200 minuti/giorno/paziente la "quota" minima di assistenza per garantire un'adeguata tutela. Senza contare che non viene fatta alcuna distinzione sulla base della complessità delle differenti situazioni dei pazienti, così come delle specifiche organizzative delle diverse realtà ospedaliere".

"Ci stiamo battendo - continua - perché venga riconosciuto il diritto dei pazienti ad avere un'assistenza che risponda davvero ai loro bisogni, e quello degli infermieri di vedere riconosciuto il proprio ruolo, senza essere condannati a seguire tempistiche dettate a tavolino".

IL GIORNALE DI VICENZA

IL COLLEGIO PROVINCIALE

Chi siamo

Il Collegio Provinciale IPASVI di Vicenza rappresenta una realtà importante del territorio, considerato il fatto che ammontano a oltre 5600 gli iscritti tra Infermieri, Infermieri Pediatrici e Assistenti sanitari (ovvero le tre professioni distinte che a livello nazionale fanno riferimento alla Federazione IPASVI). Come tutti i Collegi Provinciali, anche quello vicentino è un ente di diritto pubblico non economico che viene sov-

venzionato dalle quote di iscrizione. Per info: www.vicenzapavvi.it.

Composizione del Collegio Provinciale IPASVI di Vicenza

Presidente: Federico Pegoraro; Vicepresidente: Gianmaria Fanchin; Tesoriere: Sonia Dal Degan; Segretario: Barbara Pozza; Consiglieri: Laila Barreto, Stefano Bigarella, Sonia Cappozzo, Luca Franzè, Olga Gomitolo, Luca Maron, Valeria Rossetto, Stefania Rossi, Matteo Storti.

IL GIORNALE DI VICENZA

Dalla Regione

Fracasso (Pd) «Situazione preoccupante»

«In alto mare: così è la situazione della Medicina di gruppo integrata. Se ieri c'era il sospetto, oggi c'è la certezza. Il progetto della nuova sanità veneta prevedeva meno ospedale e più servizi nel territorio. Al momento purtroppo per i veneti c'è di sicuro meno ospedale, ma i maggiori servizi territoriali sono ancora solo sulla carta». Così Stefano Fracasso, vice capogruppo del Pd in Consiglio Regionale, commenta l'audizione in Quinta Commissione dell'assessore Luca Coletto sullo stato di attuazione della Medicina di Gruppo Integrata. «Deludente. Ci aspettavamo dei punti fermi, invece l'assessore Coletto si è limitato a dire che stanno cercando, valutando... E questo preoccupa: purtroppo senza una chiara indicazione che eviti quanto successo a Vicenza le aggregazioni dei medici non decolleranno. Anche sul contratto di esercizio, che dovrebbe essere firmato da Regione e sindacati dei medici di famiglia, c'è stata vaghezza. Ed è dal novembre del 2013 che si attende la firma». ■ P.P.



a cura di
Gian Maria Fanchin
Vice Presidente

RASSEGNA STAMPA
INFERMIERI INFORMATI
notizie dal collegio

VUOI CANDIDARTI?



Fresco di... LETTURA

“L’Infermiere di Comunità. Dalla teoria alla prassi”

Scheda del libro

Titolo: L’ infermiere di comunità. Dalla teoria alla prassi
Autore: Mara Pellizzari
Editore: The McGraw-Hill Companies
Data di Pubblicazione: Settembre 2008
Pagine: 240



“... Angela 52 anni, affetta da sclerosi multipla vive con il marito, la figlia e Asia la cagnolina

Angela si sposta solo con l’aiuto di 2 persone, ha un deficit della cura di sé, un’incontinenza doppia e lesioni da decubito al 4° stadio nella zona sacrale. Il supporto familiare è inadeguato, il marito e la figlia lavorano e sono spaventati e resistenti alla cura di Angela la quale ha un tono dell’umore depresso e a rischio di solitudine per mancanza di una rete amicale. Inoltre la casa presenta barriere architettoniche sia interne che esterne.

L’Infermiere di Comunità (IC) conosce Angela durante un ricovero in medicina e attiva una valutazione multidisciplinare di presa in carico. Successivamente poi una valutazione dell’Unità di Valutazione Distrettuale (UVD) attiva, a livello domiciliare, un infermiere, un medico, il fisiatra, l’assistente domiciliare e l’assistente sociale.

Dopo 6 mesi di impegno continuo da parte di tutta l’equipe Angela non è stata istituzionalizzata, la famiglia ha acquisito alcune abilità di cura, i vicini e altre persone della comunità aiutano in piccoli lavori domestici e fanno compagnia ad Angela, alcune barriere architettoniche sono state abbattute e inoltre un Servizio di Tele-

soccorso è attivo se succede qualcosa. È stato poi attivato il “Modulo Respirò” che permette di sostituire il caregiver per alcune ore in caso di necessità familiare. Anche la lesione da decubito è guarita nonostante la presenza costante di Asia alle medicazioni. L’IC ora si reca ogni tanto per una visita infermieristica di monitoraggio clinico ed è sempre ben accolta anche da Asia che l’aspetta sulla porta.”

Il volume propone un’originale esperienza di infermieristica comunitaria realizzata dall’Azienda Sanitaria n. 5 Bassa Friulana della Regione Friuli Venezia Giulia che si può definire “relazionale” in quanto pone al centro la persona, i suoi famigliari e la comunità ed evidenzia l’abbandono progressivo di approcci parziali, meccanicistici e deterministici, a favore di una logica sistemica olistico-ecologica. In questa logica di “cure di comunità” in cui le istituzioni e la società civile si incontrano creativamente per sostenere chi è nel bisogno, si colloca il modello assistenziale “infermiere di comunità”, un operatore che assume un ruolo di facilitatore, attivatore della complessa rete di interventi finalizzati a promuovere negli assistiti varie responsa-

bilità di autocura, auto aiuto e autodeterminazione consentendo un recupero della valenza sociale dell’infermieristica nella logica di restituire alla persona la capacità di progettare e tutelare la propria salute nonché la vita.

Il terzo capitolo del libro descrive i diversi modelli concettuali ed organizzativi di riferimento per l’infermieristica comunitaria, la normativa di riferimento e i percorsi di formazione vigenti in Italia per l’infermieristica di comunità/famiglia/sanità pubblica. La crisi del welfare e l’insostenibilità e i costi dei servizi sanitari pongono ai politici, ai tecnici e ai cittadini la necessità di trovare soluzioni in grado di affrontare contemporaneamente la crescita dei bisogni, la qualità delle risposte e la scarsa disponibilità di risorse.

a cura di
Sonia Capozzo



Compila il seguente modulo ed invialo a:
vicenzaipasvi@vicenzaipasvi.it
 oppure via fax al **0444 51 43 11**

Entro il 15 ottobre 2014

MODULO
CANDIDATURA

Data _____

Il sottoscritto _____

nato a _____ il _____

regolarmente iscritto presso il Collegio provinciale IP.AS.VI. di Vicenza, intende presentare la propria candidatura per le elezioni del Consiglio Direttivo per il triennio 2015-2017 in qualità di (spuntare l’area di interesse):

Consigliere

Revisore dei conti

Per contattarmi indico il mio numero di telefono _____

il mio indirizzo PEC/e-mail _____

Firma _____



COLLEGIO PROVINCIALE DI
VICENZA

www.vicenzaipasvi.it

e-mail: vicenzaipasvi@vicenzaipasvi.it

PEC: vicenza@ipasvi.legalmail.it