

UNIVERSO INFERMIERISTICO



RIVISTA TRIMESTRALE A CURA DEL COLLEGIO I.P.A.S.V.I. DI CATANIA - ANNO XVI n°1 - Gennaio - Marzo 2010

*Assemblea ordinaria
degli iscritti*

*ECM 2010
Ripartono i corsi
"Le Ciminiere"
la nuova sede*

*in ricordo
dell'amico
Giovanni
Fisichella*



di Giuseppe Donzuso

Addio Giovanni, non ti dimenticheremo mai

L'EDITORIALE

Cari colleghi, eccoci ancora nuovamente insieme, a distanza di qualche mese, per cercare di commentare quanto di nuovo è successo nel panorama sanitario nazionale e perché no, in quello siciliano.

Per quanto riguarda l'aspetto nazionale, finita la bufala dell' "emergenza suina" che di emergenza non aveva proprio nulla, se non quella di una banalissima influenza, gli unici danni causati che possiamo constatare da questa presunta emergenza, sono quelli di natura economica, pensate pressappoco 200 milioni di euro, spesi per l'acquisto di circa 24 milioni di dosi di vaccino quasi del tutto inutilizzate, una cifra considerevole che certamente poteva essere spesa in modo migliore sempre in ambito sanitario, soprattutto in momenti di ristrettezza come questi. Sul fronte siciliano invece nulla di nuovo, anzi, tutto come al solito con ulteriori promesse "gli infermieri sono pochi" "il personale di supporto è scarso" "presto si faranno i concorsi" ma di tutto questo fino ad ora nulla. Ritengo oramai, che tutti conoscano la realtà sanitaria siciliana, ed in particolar modo quella infermieristica, in quanto nella nostra regione, il numero di infermieri presenti nelle aziende sanitarie in rapporto al numero degli abitanti, è il più basso d'Italia, mentre invece, se lo stesso dato lo riportiamo per i Dirigenti Medici, ci ritroviamo se non al primo, comunque fra i primissimi posti, buffo vero? Quindi da questi dati inconfutabili, eccoti le solite promesse "bla bla bla" già dette prima.

Adesso basta, adesso vogliamo i fatti, perché se vogliamo dare una Sanità decorosa e dignitosa oltre che di qualità ai nostri concittadini, che a qualcuno piaccia o no, gli infermieri sono indispensabili. Di conseguenza cari colleghi, se dopo fine marzo, termine ultimo, per la rimodulazione delle dotazioni organiche nelle aziende sanitarie, persisterà questo immobilismo senza riapertura delle mobilità interregionali e senza attivazione di

concorsi, con molta probabilità e di concerto con le organizzazioni di tutela degli ammalati, e con le forze sociali, protesteremo in massa per far valere i nostri diritti sia come cittadini, sia come professionisti. Cambiando argomento, vorrei informarvi delle prossime attività che il Collegio IPASVI di Catania, intende intraprendere anche per questo 2010. Infatti anche per quest'anno, abbiamo già programmato un discreto numero di corsi ECM, cercando di garantire come nostra consuetudine, un certo numero di crediti, tra l'altro previsti dalla normativa, proponendo nuove tematiche ed innovazioni del settore. Corsi che quest'anno avranno diverse novità, sia per quanto concerne i contenuti sia per quanto concerne il luogo e le modalità di svolgimento.

Dopo la chiusura della struttura "La Perla Ionica" che ci aveva ospitati per diversi anni, si è reso necessario trovare una sala congressi alternativa, che garantisca in termini di posti almeno lo stesso numero della precedente, considerando che la richiesta di partecipazione da parte vostra a questi convegni, è sempre in continuo aumento, si è ritenuto opportuno traslocare alle "Ciminiere" presso la sala congressi da 1200 posti. Di conseguenza, i primi tre corsi in programma da calendario nel primo semestre, e precisamente nei mesi di aprile, maggio e giugno, si terranno appunto a Catania presso la struttura di viale Africa.

Un tipo di organizzazione diversa dunque, rispetto a quella dei precedenti anni, organizzazione che per certi aspetti si era consolidata nel tempo, al di là degli aspetti positivi o negativi che si potevano riscontrare, adesso anche per noi è tutto nuovo, nuovo il posto, nuovo il modo di fare la registrazione, nuovo l'aspetto tecnico, ecc, ecc. Ecco perché contiamo molto sulla vostra collaborazione con eventuali suggerimenti che ci permettano nel tempo di migliorarci.

Prima di concludere, il mio pensiero non può, non andare a chi non è più con noi, a colui che fino ad ieri ha condiviso problematiche organizzative, gestionali e perché no, anche gratificazioni per dei lavori ben fatti. Mi riferisco all'amico Giovanni Fisichella, scomparso prematuramente alla fine dello scorso anno. "Giovanni", professionista competente e preparato, ma soprattutto amico sincero e compagno di tante avventure, tu che hai lasciato dentro di noi tutti, un grandissimo vuoto, tu che con la tua semplicità, con il tuo garbo e con la tua gentilezza, riuscivi sempre a mettere d'accordo tutti, tu che pur con la tua giovane età, riuscivi ad essere maestro di saggezza e che credevi fermamente nei principi e nei valori della nostra professione. A te, caro Giovanni, vorrei dedicare interamente queste poche righe, affinché il tuo ricordo, ma soprattutto le tue idee, possano rimanere scolpite all'interno di ognuno di noi.

Addio "Giovanni"
non ti dimenticheremo mai.





di Carmelo Moschella

Attività di Segreteria

In questo numero parleremo di:

- **Corsi ECM**
- **Formazione Universitaria**
- **Servizi agli iscritti**

Nel rispetto dell'impegno assunto dal Collegio IPASVI di Catania, per quanto riguarda la formazione ECM e la possibilità che viene concessa a tutti gli iscritti di poter raggiungere la relativa quota di crediti ECM, che per l'anno 2010 è di 50 crediti ECM. Siamo arrivati all'ultimo anno del triennio 2008/2010, alla fine del quale dovremo avere 150 crediti ECM, così come riportato nel sottostante specchio riepilogativo:

TOTALE CREDITI DAL 2008 AL 2010

150 così ripartiti

2008: 50 crediti

(con un minimo di 30 ed un massimo di 70)

2009: 50 crediti

(con un minimo di 30 ed un massimo di 70)

2010: 50 crediti

(con un minimo di 30 ed un massimo di 70)

Per il primo semestre 2010 sono previsti tre corsi ECM, si inizierà il 23/24 aprile 2010, si proseguirà il 21/22 maggio 2010 e si concluderà il 25/26 giugno 2010. Il corso che si svolgerà il 23/24 aprile 2010, sarà articolato in due giornate, e le iscrizioni si potranno effettuare, sempre con le solite modalità d'iscrizione e cioè, tramite fax e versamento della quota d'iscrizione pari ad 20,00 per gli iscritti al collegio ipasvi di Catania e di 35,00 per gli iscritti ad altri collegi, sul c/c postale n. 16009953 intestato al collegio ipasvi di Catania. A tal proposito all'interno di questo numero della rivista troverete la scheda d'iscrizione ed il relativo programma del suddetto corso, ma la cosa da mettere in evidenza è la sede congressuale, che non sarà più la Perla Ionica, bensì il centro congressi **LE CIMINIERE** di Catania, sempre per rimanere aggiornati in tempo reale, vi potete collegare, sul nostro sito internet www.ipasvict.it.

Prima di questo corso ci sarà l'assemblea annuale de-

gli iscritti, che si svolgerà in 1° convocazione l' 8/04/2010 ed in 2° convocazione il 10/04/2010 alle ore 16.00 presso la sede del collegio in Via A. Locatelli 13/D, dentro questo numero della rivista troverete la lettera di convocazione.

Inoltre vi vorrei ricordare, il continuo impegno, per il raggiungimento dell'obiettivo della formazione universitaria, con il mantenimento della laurea specialistica di 2° livello in infermieristica, e del master di 1° livello in Management infermieristico per le funzioni di coordinamento, presso l'Università di Catania, sperando di riavere al più presto anche l'equipollenza del diploma di infermiere e del D.U alla laurea di 1° livello in infermieristica.

Cambiamo adesso argomento e parliamo delle nuove adesioni alla polizza di responsabilità civile e professionale, a tal proposito, è possibile rivolgersi alla segreteria del collegio ipasvi di Catania per richiedere il modulo di adesione, ed avere ulteriori chiarimenti in merito.

Per quanto riguarda la quota annua 2010 del collegio IPASVI, che avrà scadenza 31/03/2010, si porta a conoscenza che coloro i quali a quella data non avessero ricevuto nessun avviso di pagamento, potranno recarsi presso la sede più vicina della Montepaschi Serit, riferendo di dover pagare il tributo 565 anno 2010 del collegio infermieri, bisogna essere muniti del proprio codice fiscale, oppure pagando la quota 2010 di € 51,75 sul c/c postale N. 223958 intestato a Montepaschi SE.RI.T. di Catania, scrivendo nella causale del versamento: tributo 565; pagamento quota anno 2010; proprio codice fiscale, questo al fine di evitare che la quota venga aggravata dei diritti di notifica della Montepaschi Serit.

Altra iniziativa sempre attuale, offerta ai nostri iscritti, è la consulenza fiscale amministrativa, che oltre alla dichiarazione dei redditi, può dare qualunque chiarimento in riferimento a tasse, dichiarazione ICI ed altro, pertanto chiunque vorrà, potrà usufruire di questo servizio completamente gratuito, nella giornata di martedì dalle ore 16.00 alle ore 18.30 previo appuntamento telefonico allo 095/360484.

Ed ancora vi ricordo sempre che sono a disposizione di tutti gli iscritti tre avvocati per eventuali consulenze legali, sempre previo appuntamento telefonico da concordare con la segreteria.

Comunque per ulteriori informazioni e chiarimenti in tempo reale, potrete collegarvi sul nostro sito www.ipasvict.it o telefonare allo 095/360484 negli orari di apertura al pubblico, che troverete indicati nella seconda di copertina della rivista.

Arriverci al prossimo numero.



**COLLEGIO PROVINCIALE IPASVI
CATANIA**

Via Locatelli 13/D – 95123 Catania – tel. 095/360484 – fax.095/363370

Prot. N°

Catania, 19/01/2010

A tutti gli iscritti al Collegio IP.AS.VI.
di Catania
Loro sedi

ASSEMBLEA ANNUALE ORDINARIA DEGLI ISCRITTI AL COLLEGIO IPASVI

In ottemperanza al D.P.R. N. 221 DEL 05/04/1950, art. 23-24 e successive modificazioni ed integrazioni, è convocata l'assemblea di tutti gli iscritti all'Albo, che avrà luogo in prima convocazione, presso la sede del Collegio, in Via Locatelli 13/D Catania alle ore 18,00 di giovedì 08 Aprile 2010. Per disposizioni legislative l'assemblea in prima convocazione è valida solo se si registra la presenza di almeno un quarto degli iscritti.

Se non si raggiungerà tale percentuale, l'assemblea si terrà in **seconda convocazione sabato 10 aprile 2010 alle ore 16,00 ancora presso la sede del Collegio, in via Locatelli 13/D Catania.**

O.d.G.

1. Relazione annuale e programmatica
2. Relazione del Tesoriere e Conto Consuntivo 2009
3. Relazione dei Revisori dei Conti
4. Bilancio preventivo 2010
5. Varie ed eventuali

Il Presidente
Dott. Giuseppe Donzuso

Delega per l'assemblea degli iscritti al Collegio IPASVI di Catania

Io sottoscritto Tessera n.
delego l'iscritto
a rappresentarmi nell'assemblea annuale ordinaria degli iscritti del 08 aprile 2010 in prima convocazione e del 10 aprile 2010 in seconda convocazione.

Data

Firma

Chi è oggi l'infermiere?



di Gabriele Messina

Qualche anno fa promossa dal Ministero della Salute, dal Ministero della Sanità e dalla Federazione Nazionale dei Collegi IPASVI, partì una grande campagna promozionale denominata: **“Infermiere protagonista nella vita vera”**, organizzando in tutte le regioni italiane, una serie di attività informative volte a promuovere le iscrizioni ai corsi di laurea in Infermieristica e far conoscere alla popolazione il “nuovo volto” di una professione, quella dell’infermiere che oggi permette di esercitare importanti responsabilità offrendo inoltre ottime prospettive di lavoro. E allora chi è veramente oggi l’infermiere? Gli slogan dicono: **“Infermiere, protagonista nella vita vera”** – **“Infermiere, una storia che racconta milioni di vite”** – **“Una professione al centro della vita”**.

In realtà, chi come noi vive la quotidianità lavorativa all’interno delle Unità Operative degli ospedali sa benissimo che non sono tutte rose e fiori ma che la realtà è fatta da mille difficoltà soprattutto per quel che concerne le carenze di organico. Ma nonostante tutto posso tranquillamente affermare che la maggior parte degli infermieri vivono la professione con entusiasmo e orgoglio, colleghi che si muovono nei propri ambiti lavorativi con convinzione, motivazione, preparazione e, soprattutto con professionalità e volontà di crescita e di cambiamento. Dando uno sguardo allo scenario generale della professione infermieristica, oggi, l’infermiere non lavora più solo e soltanto nelle corsie di degenza degli ospedali come esecutore di ordini e consegne, ma riveste un ruolo molto importante nel settore della Sanità sia pubblica che privata. Il panorama attuale vede agire l’infermiere su più fronti: nelle cure domiciliari, nella libera professione, nei centri di turismo, sulle navi, negli uffici pubblici, nelle grandi industrie, nei tribunali, nelle Università, o alla dirigenza di servizi sanitari. Possiamo tranquillamente affermare che l’infermiere oggi è un professionista, ha un profilo professionale e un codice deontologico improntati sull’autonomia e la responsabilità e consegue il proprio “status professionale” mediante una laurea accademica ed ha inoltre possibilità di carriera e di formazione post base. Certo non è sempre stato così, ma, andando indietro nel tempo ci accorgiamo di quanto è cambiato il vissuto professionale infermieristico e dell’evoluzione sorprendente che la professione ha compiuto negli ultimi vent’anni.

Il primo approccio alla professione infermieristica risale ai primi anni ottanta, con l’iscrizione alla Scuola per infermieri dove era possibile accedere ai corsi di formazione all’età di sedici anni, non era necessario il possesso del diploma, ma bastava aver frequentato due anni di scuola media superiore con ammissione al terzo anno. Il percorso formativo aveva la durata di tre anni ed era previsto un tirocinio parallelo alla formazione in aula.

Negli anni successivi, l’evoluzione normativa e formativa hanno prodotto un’importante risultato in termini di consapevolezza professionale negli operatori. Il vecchio mansionario è andato in soffitta cedendo il posto al codice deontologico con il conseguente passaggio allo status di professionista dell’assistenza. Per diventare infermieri occorre conseguire una laurea di tre anni che dà accesso ad ulteriori corsi di specializzazione (Master), nonché alla laurea di secondo livello (altri due anni) .

Oggi l’infermiere è promotore di progetti, consegue obiettivi, si interfaccia con altre figure professionali e riconosce l’importanza di lavorare in équipe con una dimensione propria, pur mantenendo le caratteristiche tipiche del **“prendersi cura”** e **“dell’assistere”**. Lo sviluppo scientifico in campo sanitario ha proiettato la professione in una nuova realtà e gli infermieri hanno dovuto imparare a gestire apparecchiature ad alta tecnologia, acquisendo maggiori competenze in ambito sociosanitario, partecipando all’educazione sanitaria della popolazione ed alla docenza universitaria. Sicuramente nell’immaginario collettivo la figura dell’infermiere è ancora un po’ confusa, la trasformazione è avvenuta troppo rapidamente e spesso siamo proprio noi a non saperci descrivere. Allora rendiamoci visibili, mostriamo ciò che facciamo ed esponiamo ciò che sappiamo fare, con la consapevolezza di essere veri professionisti seri e preparati dell’assistenza in ambito sanitario. Solo se crediamo in ciò che facciamo possiamo dimostrare chi siamo veramente.



Storia di uno di noi

di Fabio Cangemi



Ei Fu.

Ricordi dei banchi di scuola, quando l'insegnante spiegava il Manzoni e la poesia del Cinque Maggio, riaffievoliscono nel pensare il modo più idoneo per dare notizia di un triste evento e raccontare di Giovanni e dell'uomo che è stato.

Difficile il compito assunto per chi scrive, non fosse altro per il rapporto di fraterna, inscindibile amicizia che ci ha legato, e che tale rimarrà nel tempo.

Il 14 Ottobre dello scorso anno, dopo un periodo di malattia durato circa sei mesi, il collega nonché presidente dell'organo dei revisori dei conti, Giovanni Fisichella, ci ha, vista la giovane età, prematuramente lasciati.

Ritengo giusto presentare Giovanni a chi non ha avuto la fortuna di conoscerlo in un'amina biografica, un uomo, un professionista che dopo anni di servizio prestati presso la casa di cura Musumeci, nel '93 decide di lasciare la propria terra natia per espletare servizio al "nord", presso l'ospedale di Galliate (Novara), luogo in cui contestualmente svolgeva attività di volontariato presso la locale croce rossa, coltivando così la sua passione per l'emergenza e l'essere utile al prossimo.

L'altruismo ed il rispetto verso il prossimo era la dote impronta del suo essere, ricordo che già in precedenza, prima di partire per il settentrione, espletava la sua opera di volontariato in favore dei soggetti "diversamente abili" presso l'associazione Iride. Dopo circa cinque anni, a seguito di scorrimento di graduatoria, si trasferisce a Catania per esercitare presso il "centro vaccinazioni" dell'AUSL3, d'altronde è risaputo che noi meridionali difficilmente ci rassegniamo ed accettiamo di vivere in luoghi diversi da quello d'origine. Trasferitosi successivamente all'Azienda Ospedaliera Cannizzaro, inizia l'excursus dell'attività improntata all'emergenza e da infermiere di "rianimazione", presta la propria opera anche presso in SUES 118, in ambulanza prima, e poi in elicottero e come operatore di centrale.

Nel 2007 realizza un caso di buona sanità siciliana per cui riceve l'encomio quando da operatore di centrale 118 riesce a condurre a buon fine, dando le direttive del caso,

il parto di una signora, che per collocazione geografica di residenza e stata costretta a partorire in casa, non potendo raggiungere nell'imminente il locale nosocomio in provincia di Ragusa.

In questi anni oltre ad occuparsi di emergenza sanitaria, sua reale passione, il veder violati con continuità e costanza gli elementari diritti dei lavoratori nonché i soprusi ad essi propinati lo spingono al dedicarsi in forma attiva all'attività sindacale; eletto componente la RSU aziendale per più mandati, vive in seno alla stessa anche un periodo di Presidente. Contestualmente l'essere infermiere lo sprona alla candidatura all'organo di rappresentanza quale il Collegio Ispasvi di Catania, dove in ultimo come già citato ha svolto il delicato compito di Presidente dei revisori dei conti oltre che responsabile del sito e fautore del suo restyling.

Ho qui voluto, in troppe poche righe, rappresentare sinteticamente lo stile di vita di un uomo che, chi scrive ritiene abbia improntato la propria vita sull'aiuto al prossimo e sul vero significato dell'essere infermiere.

Neanche nei peggiori momenti della malattia, pur conoscendo la sua sorte egli dimenticò di coltivare i rapporti umani con gli amici, i colleghi, i conoscenti ai quali è sembrato la cosa più giusta accompagnarlo con amore nel suo ultimo viaggio terreno.

Voglio qui ringraziare i colleghi Infermieri che insieme al Dott. Denaro, Direttore della Rianimazione dell'Ospedale Cannizzaro, ai medici tutti, e al personale sociosanitario hanno assistito Giovanni con dedizione.

Pochi giorni fa abbandonandomi ai ricordi su Giovanni, insieme ad un amico che lo ha conosciuto, convenimmo su come sembrasse calzare a pennello uno strofa del Foscolo "corrispondenza di amorosi sensi, celeste dote negli umani, e per mezzo di lei si vive con l'amico estinto e l'estinto con noi..."

**A Giovanni, il piccolo grande uomo,
un fratello per molti.**

Ciao Giovanni



L'ARRESTO CARDIOPO E IL TRAUMA

La rianimazione cardiorespiratoria avanzata è sempre stata considerata per il trattamento di pazienti senza polso da causa cardiaca. Nel trauma l'arresto cardiorespiratorio di solito non è dovuto ad una causa cardiaca primitiva come la malattia coronarica e l'infarto miocardico acuto. Il trattamento deve esser diretto all'identificazione della causa sottostante l'arresto, pena l'insuccesso della rianimazione. Usare la valutazione primaria del BTLS per identificare la causa dell'arresto.

Ipossiemia

Lipossiemia è la causa più frequente di arresto cardiorespiratorio traumatico. L'ostruzione acuta delle vie respiratorie o la respirazione inefficace si manifesterà clinicamente con l'ipossiemia. Anche la ritenzione acuta di anidride carbonica gioca un ruolo nel rendere questi pazienti difficilmente rianimabili. I problemi a carico delle vie respiratorie, sono causa di ipossiemia impedendo il flusso di ossigeno ai polmoni. Droghe e/o alcool, spesso associati a traumi cranici minori possono causare ostruzione delle vie aeree da caduta della lingua. Prestare attenzione ad un paziente intossicato può prevenire una situazione di arresto. Lo stesso vale per un paziente incosciente dopo trauma cranico. La muscolatura molle del faringe permette alla lingua di cadere all'indietro e di ostruire le vie respiratorie. Nei pazienti senza riflesso di deglutizione è necessario posizionare almeno una cannula oro o nasofaringea per prevenire l'ostruzione delle vie aeree. L'intubazione tracheale è addirittura preferibile, poiché in grado di prevenire anche l'inalazione se il paziente vomita. I pazienti in arresto cardiorespiratorio da ostruzione delle vie aeree risponderanno alla rianimazione cardiorespiratoria avanzata se il periodo di anossia non è prolungato. I pazienti con ipossia secondaria a un problema respiratorio hanno le vie respiratorie pervie, ma non sono in grado di ossigenare il sangue per l'impossibilità di effettuare lo scambio con l'ossigeno a livello di membrana alveolo capillare polmonare. Questo può essere causato da:

1. Ventilazione inefficace, come nel pneumotorace iperteso, ferita toracica aperta aspirante, volet costale, o lesione spinale alta (C3 o superiore).

2. Liquido nel parenchima polmonare, come nei pazienti con inalazione di sangue o vomito o nella sindrome da distress respiratorio dell'adulto (ARDS). Le vittime di annegamento vanno incontro dapprima ad ipossiemia e successivamente a sovraccarico liquido polmonare (come nell'ARDS e nell'edema polmonare).

3. Gas nel parenchima polmonare (inalazione gassosa) con bassa concentrazione di ossigeno e presenza di gas tossici, come monossido di carbonio o cianati. Il vapore ad alta temperatura può causare anche edema polmonare, compromettendo ulteriormente l'ossigenazione per aumento della distanza (edema della membrana alveolocapillare) tra i globuli rossi e l'ossigeno. I pazienti con problemi respiratori richiedono un trattamento aggressivo delle vie aeree e ventilazione con ossigeno ad alti flussi. Molti di questi pazienti risponderanno rapidamente se la durata dell'anossia non è stata eccessivamente lunga. Una percentuale significativa di

vittime di annegamento (19% in uno studio) apparentemente morte al momento del soccorso, possono andare incontro a recupero completo.

Problemi circolatori

Lo shock emorragico è la causa circolatoria più frequente di arresto cardiorespiratorio traumatico. Il paziente con arresto cardiaco da tamponamento si presenterà senza polso, con presenza o meno di attività elettrica al monitor - attività elettrica senza polso (PEA). Il paziente con tamponamento cardiaco può rapidamente deteriorarsi dallo shock al PEA fino all'asistolia. Nel tamponamento la gettata cardiaca può essere così bassa da non consentire la rilevazione del polso. Il cuore è schiacciato dal sangue presente nel pericardio e non può riempirsi prima di ogni contrazione. Il polso quindi è rapido, debole e diminuisce con il peggiorare del tamponamento. Nelle fasi iniziali del tamponamento una minima gettata cardiaca è conservata. Le principali caratteristiche cliniche nel tamponamento isolato sono lo shock grave con distensione delle vene del collo e suoni polmonari normali. Nella situazione più frequente di politrauma, il paziente con associate perdite ematiche, non presenterà distensione delle vene del collo. I pazienti senza distensione delle vene del collo possono apparire in PEA, ma non risponderanno ai protocolli di rianimazione cardiaca avanzata (ACLS).

L'infarto miocardico acuto e la contusione miocardica possono causare flusso sanguigno inadeguato per uno o più dei seguenti meccanismi: aritmie, insufficienza acuta di pompa o tamponamento cardiaco. Il paziente con contusione miocardica di solito è stato coinvolto in un incidente da decelerazione; può aver subito anche una contusione toracica o sternale. L'arresto cardiaco da shock elettrico si presenta di solito in fibrillazione ventricolare. Risponde rapidamente ai protocolli ACLS se il paziente è raggiunto in tempo. La vittima di uno shock elettrico ha anche subito un grave spasmo muscolare e può essere stato scaraventato a gran distanza. E' necessario un approccio sistematico al paziente per identificare tutti i traumi associati e garantire la possibilità del miglior recupero. Assicurarsi che il paziente non sia più in contatto con la sorgente di energia elettrica per non diventare la seconda vittima.

APPROCCIO AL PAZIENTE TRAUMATIZZATO IN ARRESTO CARDIACO.

Questo è un gruppo di pazienti molto particolare. La maggior parte sono giovani e non hanno patologie cardiache o coronariche sottostanti. Alcuni sono coinvolti in episodi criminosi (sparatorie, accoltellamenti), segnalare quindi attentamente (dopo il rientro) i particolari della scena. Alcuni di questi pazienti possono essere rianimati se si arriva in tempo e si presta attenzione alle differenze con il classico arresto cardiaco medico. La percentuale veramente bassa di successo rianimatorio nei pazienti in arresto cardiaco da trauma, è probabilmente dovuto al fatto che molti sono rimasti ipossici troppo a lungo prima dell'arresto cardiaco. I pazienti, con arresto cardiorespiratorio da trauma cranico isolato, di solito non sopravvivono, ma devono essere rianimati aggressivamente perché la gravità del trauma non può sempre essere determinata sul campo e quindi è impossibile prevedere l'esito del singolo paziente (sono anche potenziali donatori d'organi). I pazienti rinvenuti in asistolia dopo un trauma chiuso massivo sono morti; il decesso può essere constatato



a cura di
Alfio Grasso

sul campo. I bambini sono un caso particolare.

Mentre alcuni studi riportano per la rianimazione da arresto cardiaco sul campo nei bambini gli stessi dati scoraggianti degli adulti, una review di oltre 700 casi di bambini sottoposti a rianimazione sul campo, riportano il 25% di dimessi vivi. Questo può dipendere dal fatto che il polso a volte è difficile da apprezzare nel bambino, pur essendo ancora presente. In ogni modo bisogna essere particolarmente aggressivi nei tentativi rianimatori di bambini senza polso.

Punti importanti nel trattamento delle vittime di arresto cardiaco traumatico

1. E' necessario il trasporto rapido ad un Ospedale dotato di chirurgia
2. La causa di arresto deve essere riconosciuta, utilizzando la Valutazione Primaria, e quindi la causa specifica trattata.
3. Tre soccorritori sono necessari per il trattamento del paziente:
 - a. Uno per la stabilizzazione cervicale e la ventilazione
 - b. Uno per eseguire le compressioni
 - c. Uno per riconoscere e trattare la causa dell'arresto.

Piano generale di azione

Dopo aver determinato lo stato di incoscienza, stabilizzare il rachide cervicale ed assicurare le vie aeree. Aprire le vie aeree con la manovra di sollevamento mandibolare modificata; se non c'è attività respiratoria, somministrare due ventilazioni. Se le vie aeree sono ostruite, ripetere la manovra e ritentare la ventilazione. Se le vie aeree sono ancora ostruite da un corpo estraneo, tentare di liberarle con le dita o con il laringoscopio e l'aspiratore. E' necessaria assistenza per mantenere la stabilità cervicale. Se la ventilazione è ancora inefficace, eseguire le manovre di compressione addominale (il paziente deve essere su una superficie rigida). Esiste la possibilità di danneggiare il rachide in caso di trauma vertebrale associato, ma questo è di importanza secondaria se il paziente sta morendo per un'ostruzione delle vie aeree. (Difficili situazioni spesso richiedono interventi disperati). In caso di ulteriore insuccesso si può tentare la cricotiroidotomia o la jet ventilation translaringea (in presenza di personale qualificato e di protocolli specifici). Se le vie aeree non sono ostruite, praticare due ventilazioni complete e controllare successivamente il polso. Se il polso non è palpabile, iniziare la rianimazione cardiorespiratoria e prepararsi per un trasporto immediato. Mentre due soccorritori del team procedono con la rianimazione, prendere il monitor ed applicare le piastre toraciche. Alla presenza di fibrillazione ventricolare, procedere con la defibrillazione a 200 watts/sec. Ripetere due volte aumentando la carica di 100 watts/sec in caso di insuccesso. Alla presenza di asistolia o PEA o se la fibrillazione ventricolare non si converte immediatamente ad un ritmo con polso, valutare e trattare rapidamente la causa di arresto. Questo deve essere eseguito in ambulanza, durante il trasporto, se possibile.

Procedere secondo la Valutazione Primaria BTLS abituale per ogni paziente traumatizzato:

1. Garantire e mantenere le vie aeree (con un tubo tracheale se possibile) e ventilare con ossigeno al 100%. Mentre due soccorritori ventilano ed effettuano le compressioni toraciche ricercare sistematicamente la causa o le cause correggibili dell'arresto.

2. Ricercare problemi respiratori responsabili dell'arresto. Ponendosi le seguenti domande, si sarà in grado di identificare eventuali problemi respiratori quali causa o concausa dell'arresto:

OSSERVARE IL COLLO

1. Le vene del collo sono collassate o distese?
2. La trachea è centrale?
3. Vi è evidenza di trauma dei tessuti molli del collo?

OSSERVARE IL TORACE

1. Si muove simmetricamente con ogni ventilazione?
2. Vi è evidenza di trauma (penetrante, contusione, segmenti mobili)

PALPARE IL TORACE

1. Instabilità?
2. Crepitii?
3. Enfisema sottocutaneo?

ASCOLTARE IL TORACE

1. I suoni polmonari sono presenti bilateralmente?
2. I suoni polmonari sono uguali?

Se i suoni polmonari non sono uguali, procedere alla percussione del torace. Il lato con il suono polmonare assente o ridotto è iperfonetico od ottuso? Se il paziente è intubato, il tubo endotracheale è ben posizionato? Se le vene del collo sono distese, i suoni polmonari ridotti ad un emittorace, con la trachea deviata controlateralmente ed è presente iperfonesi alla percussione toracica dal lato traumatizzato, il paziente probabilmente ha un pneumotorace iperteso. Un tubo endotracheale malposizionato può essere causa di suoni polmonari asimmetrici ed è pericoloso per il paziente permettendo la ventilazione di un solo polmone. Rivalutare sempre il posizionamento del tubo tracheale prima di porre diagnosi di pneumotorace iperteso.

E' molto più frequente il malposizionamento del tubo rispetto al pneumotorace iperteso. Il pneumotorace iperteso richiede la decompressione con ago (alla presenza di personale qualificato e di specifici protocolli). Continuare ad iperventilare con ossigeno al 100%. Non interrompere le compressioni toraciche finché non c'è un polso apprezzabile, anche se avete individuato una causa, vi possono essere altre concause responsabili dell'arresto. Altri problemi respiratori (ferita toracica aperta aspirante, volet costale, pneumotorace non iperteso) possono essere trattati adeguatamente con l'intubazione tracheale e la ventilazione con ossigeno al 100%. Una volta che il paziente è intubato, non è più necessario coprire le ferite toraciche aperte aspiranti o stabilizzare i lembi mobili. Ricordare che la ventilazione a pressione positiva può convertire un pneumotorace semplice in un pneumotorace iperteso.

Ora che il paziente ha una via aerea stabile ed è ventilato, è necessario concentrarsi sul sistema circolatorio. Applicare le piastre del defibrillatore e rivalutare il ritmo cardiaco. Se è ancora presente fibrillazione ventricolare, defibrillare ancora a 360-400 watts/sec e seguire i protocolli standard ACLS per le aritmie cardiache mentre si procede con la valutazione. Se un accesso venoso non è stato ancora instaurato, l'adrenalina può essere somministrata attraverso il tubo tracheale. Se il paziente non è intubato, si può schizzare l'adrenalina nel faringe posteriore in modo che possa essere veicolata nei polmoni dalle ventilazioni somministrate. Tutte queste manovre devono essere eseguite durante il trasporto. Appena ottenuta una via venosa, somministrare rapida-

L'ARRESTO CARDIOPOLMONARE E IL TRAUMA

continua da pag. 7

mente due litri di cristalloidi. Ancora una volta, non perdere tempo sulla scena – tutti i trattamenti dopo aver stabilizzato le vie aeree devono essere eseguiti durante il trasporto. Lo shock emorragico è la causa circolatoria più frequente di arresto cardiorespiratorio traumatico. In assenza di emorragia esterna, il paziente deve essere attentamente esaminato alla ricerca di emorragie interne. Una volta ottenuta attività elettrica, riesaminare le vene del collo. Le vene del collo collassate con presenza di attività elettrica depongono per uno shock ipovolemico. Tentare di inserire due grosse cannule venose durante il trasporto. Se durante l'esame del torace si evidenzia diminuzione dei suoni polmonari e ottusità da un lato, ciò conferma la presenza di emotorace di entità tale da causare lo stato di shock. Emorragie evidenti, addome disteso, fratture multiple, o instabilità pelvica depongono in favore di un'ipovolemia. Alla presenza di una di queste situazioni, ritenere l'arresto secondario a shock emorragico. Trasportare rapidamente infondendo velocemente 2 – 4 litri di cristalloidi.

Se le vene del collo sono distese ma la trachea è mediana ed i suoni polmonari simmetrici, sospettare un tamponamento cardiaco. Le ferite penetranti del torace o dell'addome superiore o le contusioni del torace anteriore si associano a contusione pericardica e/o miocardica. Tentare il posizionamento di due grosse cannule venose mentre si procede il più rapidamente possibile verso il Dipartimento di Emergenza. Lo shock elettrico è responsabile di una situazione particolare. Provoca abitualmente fibrillazione ventricolare. L'arresto cardiorespiratorio da shock elettrico risponde prontamente ai protocolli ACLS se si arriva in tempo. Può instaurarsi rapidamente una grave acidosi, rendendo la rianimazione più difficile. Non dimenticare di stabilizzare il rachide. La vittima di uno shock elettrico ad alto voltaggio spesso è caduta da un traliccio o è stata scaraventata a diversi metri di distanza dal violento spasmo muscolare associato allo shock. Assicurarsi che il paziente non sia più in contatto con la corrente elettrica. Non diventare una vittima!

TRANELLI

1. L'arresto cardiaco dopo un trauma di solito non è dovuto ad una causa cardiaca.
2. Non affidarsi soltanto ai protocolli ACLS. Devono essere modificati per garantire un adeguato rimpiazzo volumico e la decompressione toracica quando indicato.
3. Trasportare il paziente rapidamente. La maggior parte delle procedure deve essere eseguita in ambulanza durante il trasporto. Non perdere tempo prezioso.
4. Il paziente traumatizzato senza polso richiede un'attenta valutazione primaria per identificare problemi trattabili con le corrette priorità.
5. E' necessario un numero adeguato di soccorritori per gestire correttamente queste situazioni: una persona per guidare l'ambulanza, una per ventilare, una per le compressioni toraciche, una per identificare e trattare la causa dell'arresto.
6. L'arresto cardiaco nella paziente gravida è trattato come negli altri pazienti. La sequenza di defibrillazione ed il dosaggio dei farmaci sono gli stessi. E' necessario aumentare la quantità di liquidi infusi, somministrare appena possibile durante il trasporto 4 litri di cristalloidi.
7. I pazienti trovati in asistolia dopo un trauma massivo sono morti!

CAUSE DI ARRESTO CARDIACO NEL PAZIENTE TRAUMATIZZATO

PROBLEMI DELLE VIE AEREE

- a. Corpi estranei
- b. Caduta della lingua
- c. Depressione sistema nervoso centrale da droghe / alcool

PROBLEMI RESPIRATORI

- a. Pneumotorace iperteso
- b. Ferita toracica aspirante
- c. Volet costale
- d. Lesione spinale alta
- e. Inalazione di monossido di carbonio
- f. Inalazione di fumo
- g. Aspirazione
- h. Annegamento

PROBLEMI CIRCOLATORI

- a. Pneumotorace iperteso
- b. Shock emorragico (sindrome da cuore vuoto)
- c. Tamponamento cardiaco
- d. Contusione miocardica
- e. Shock elettrico
- f. Infarto miocardico acuto

IPAZIENTI CON ARRESTO CARDIORESPIRATORIO DA CIRCOLAZIONE INADEGUATA POSSONO PRESENTARE:

Inadeguato ritorno di sangue al cuore da:

- a. Aumento della pressione intratoracica con aumentata resistenza al ritorno venoso al cuore, come nel pneumotorace iperteso o nel tamponamento cardiaco.
- b. Shock emorragico con volume sanguigno inadeguato per il riempimento cardiaco.

Deficit di pompa cardiaca da:

- a. Alterazioni del ritmo, come nella contusione cardiaca, nell'infarto miocardico acuto e nello shock elettrico.
- b. Insufficienza cardiaca acuta con edema polmonare come nella grave contusione cardiaca o nell'infarto miocardico acuto.

Cari colleghi tutte queste nozioni che a qualcuno possono sembrare teoriche noi spesso le abbiamo applicate sul campo (autostrade, strade statali, strade extraurbane, strade cittadine ecc.) ed è questo il motivo per cui mi ostino a rispolverare le nozioni da noi acquisite, nella nostra posizione non dobbiamo mai sentirci appagati da quello che sappiamo, poiché quello che dobbiamo ancora imparare è ancora più vasto.

Dobbiamo essere delle persone affamate di conoscenze per continuare ad essere dei protagonisti nell'emergenza come quel mio caro amico che adesso non c'è più ma è sempre vivo nei miei ricordi; ciao Giovanni.

A presto Alfio Grasso

Corso di aggiornamento sul tema: “Ricerca: l'Evidenza al Servizio della Salute” 23/24 Aprile 2010 - Sala Congressi “Le Ciminiere” Catania

Uno degli effetti della continua espansione della ricerca, il cui obiettivo è di offrire nuove conoscenze e informazioni sull'attività pratica, è quello di produrre un gran numero di scoperte; pertanto è importante che gli infermieri abbiano un repertorio di conoscenze, una abilità e capacità di riflessione critica molto più vasti rispetto al passato, attraverso i quali poter selezionare, e attuare nella pratica, le scoperte più interessanti, valutandone la reale efficacia e l'applicabilità nella propria realtà lavorativa. L'impatto della ricerca scientifica può essere considerato come l'attuazione sistematica, nel campo dell'assistenza, di una innovazione, scientificamente fondata, accompagnata da un processo di

valutazione dei risultati conseguiti a seguito del cambiamento introdotto. E' necessario, per un'etica dell'assistenza, avere la ragionevole certezza, derivata dalla buona letteratura pubblicata su riviste affidabili, che le procedure effettuate sui pazienti abbiano le più grandi probabilità di raggiungere gli effetti desiderati e di essere sicure. Le linee guida professionali, scritte per garantire che tutti i professionisti applichino al meglio le conoscenze della letteratura, sono l'espressione, sotto forma di indicazioni non obbligatorie di comportamento, di questa conoscenza: la loro applicazione dovrebbe garantire ai cittadini di essere trattati al meglio e agli operatori una guida sicura alla pratica corrente. E' necessario, anche

per effetto delle norme contenute in recenti leggi dello Stato, riflettere sempre di più sull'appropriatezza delle prestazioni e sulla loro efficacia, per assicurare ai cittadini alti gradi di affidabilità e sicurezza.

Obiettivo del Corso:

alla fine del corso i partecipanti saranno in grado di: apprendere nuove conoscenze e informazioni sul significato della ricerca infermieristica in sé e sul ruolo che essa ricopre nell'assistenza infermieristica in generale; saper identificare le problematiche della pratica assistenziale; essere in grado di programmare e strutturare un adeguato progetto di ricerca, di curare la raccolta dei dati, e infine di utilizzare i risultati in maniera appropriata applicandoli nella pratica clinica.

Destinatari:

l'evento è rivolto agli infermieri e la durata del corso è di due giornate. L'apprendimento dei partecipanti sarà valutato attraverso un questionario a risposte multiple. La quota individuale di partecipazione è di Euro 20,00 per gli iscritti al Collegio di Catania e di Euro 35,00 per gli iscritti ad altri collegi.

PROGRAMMA

I GIORNATA

ORE 08.00 Registrazione dei partecipanti.

ORE 08.15 Apertura dei lavori.

Saluto delle autorità.

Giuseppe Donzuso

(Presidente Collegio IPASVI Catania).

Moderatore: **Angelo Gambera**

(Az. Osp. Univ. "Policlinico

Vittorio Emanuele" Catania).

I Sessione

LA RICERCA NELLA DISCIPLINA INFERMIERISTICA

ORE 08.30 Analisi sulla ricerca infermieristica

Restituzione dei dati.

Michele Grasso

(Componente Team Evidence Based Nursing

Az. Osp. Univ. "Policlinico – V. Emanuele"

Catania). Presidio Vittorio Emanuele.

ORE 09.30 Le origini del nursing basate sulla ricerca.

Dott. Angelo Gallone

(Coordinatore Infermieristico, A.S.P. n°3, Catania).

ORE 10.30 Le fasi del processo di ricerca.

Dott. Giuseppe Donzuso

(Presidente Collegio IPASVI, Catania).

ORE 11.30 Coffee Break.

II Sessione

IL PROCESSO DI RICERCA

ORE 11.45 Evidence Based Nursing (E.B.N.).

Dott. Alfio Merennino

(Resp. Servizio Infermieristico, A.S.P. n°3, Catania).

ORE 12.45 La formulazione del quesito (PICO).

Dott. Marcello Pezzino

(Coordinatore Infermieristico, Az. Osp. Univ.

"Policlinico - Vittorio Emanuele", Catania).

Presidio Vittorio Emanuele.

ORE 13.45 Pausa pranzo

III Sessione

RICERCA E QUALITA' ASSISTENZIALE

ORE 15.00 L'Infermiere e la qualità assistenziale.

Dott.ssa Concetta Barbagallo

(Servizio Infermieristico, A.S.P. n°3, Catania).

ORE 16.00 E.B.N. nella gestione del rischio clinico.

Dott.ssa Gabriella Patané

(U.O. Qualità, Az. Osp. Univ. "Policlinico,

Vittorio Emanuele", Catania).

Presidio Vittorio Emanuele.

IV Sessione

DOCUMENTAZIONE INFERMIERISTICA

ORE 17.00 Documentazione infermieristica e l'E.B.N.

Carmelo Russo

(Infermiere Coordinatore, Az. Osp. Univ.

"Policlinico Vittorio Emanuele", Catania).

Presidio Vittorio Emanuele.

ORE 18.00 Etica e ricerca.

Emma Privitera

(Coordinatore Infermieristico, Az. Osp. Univ.

"Policlinico Vittorio Emanuele", Catania).

Presidio Vittorio Emanuele.

ORE 19.00 Confronto/Dibattito: l'esperto risponde.

ORE 20.00 Chiusura dei lavori 1° giornata.

II GIORNATA

ORE 08.15 Apertura dei lavori.

Moderatori:

Giuseppe Donzuso

(Presidente Collegio IPASVI Catania).

Gabriele Messina

(Direttore Collegio IPASVI Catania).

I Sessione

PERCORSI ASSISTENZIALI E RICERCA INFERMIERISTICA

ORE 08.30 L'esperienza di un gruppo di lavoro.

Dott.ssa Maura Francese

(Referente A.N.M.C.O. Regione Sicilia).

ORE 09.30 La sicurezza della terapia:

strategia e strumenti per gli Infermieri.

Matteo Sortino

(Coordinatore Infermieristico, Az. Osp.

"Cannizzaro", Catania).

ORE 10.30 Coffee Break

ORE 11.00 Epidemiologia e trattamento delle lesioni da decubito

Mario Tomasello

(Coordinatore Infermieristico, Az. Osp.

"Cannizzaro", Catania).

ORE 12.00 Confronto/Dibattito: l'esperto risponde.

ORE 13.00 Pausa pranzo.

II Sessione

PERCORSI ASSISTENZIALI E RICERCA INFERMIERISTICA

ORE 15.00 La gestione delle linee infusive.

Angelo Vitale

(Infermiere, Az. Osp. Univ. "Policlinico

Vittorio Emanuele", Catania).

Presidio Vittorio Emanuele.

ORE 16.00 La gestione delle ferite chirurgiche.

Giuseppe Salamanna

(Coordinatore Infermieristico, Az. Osp. Univ.

"Policlinico - Vittorio Emanuele", Catania).

Presidio Policlinico

ORE 17.00 La prevenzione delle infezioni ospedaliere.

Dott.ssa Anna Maria Longhitano

(Igienista, Dir. Medico di Presidio, Az. Osp.

Cannizzaro", Catania).

ATTENZIONE
nuova sede corso
Sala Congressi
Centro Fieristico
“LE CIMINIERS”
Viale Africa
Catania



ATTENZIONE
nuova sede corso
Sala Congressi Centro
Fieristico
"LE CIMINIERE" - Catania

COLLEGIO PROVINCIALE IP.AS.VI. CATANIA

Via Locatelli 13/D – 95123 Catania – tel. 095/360484 – fax. 095/363370

Corso di formazione sul tema:
Corso di aggiornamento sul tema:
“Ricerca: l'Evidenza al Servizio della Salute”
23/24 Aprile 2010
Sala Congressi “Le Ciminiere” Catania

N.B.: ai fini dell'assegnazione dei crediti ECM, la compilazione dei campi segnati con (*) E' OBBLIGATORIA

SCHEDA DI ISCRIZIONE (compilare a stampatello)

Cognome*			
Nome*			
Nato a *		il *	
Cod. Fisc.*			
Indirizzo *			
CAP*	Città *	Prov.*	
Tel.*	Cell.		
Ente presso cui presta servizio			
Reparto			

Desidero partecipare al corso in qualità di Infermiere e allego alla presente copia del versamento

ISCRITTO AL COLLEGIO IPASVI DI _____ POSIZIONE N° _____

MODALITA' E QUOTA DI ISCRIZIONE:

L'iscrizione si effettua tramite **fax allo 095 363370** inviando scheda compilata nei campi obbligatori e copia della ricevuta di versamento. La quota di iscrizione è di € 20,00 per gli iscritti al Collegio di Catania è di € 35,00 per gli iscritti ad altri Collegi, può essere effettuata tramite versamento sul conto **corrente postale n° 16009953 e/o bonifico bancario IBAN IT 54 N 01020 16946 000300666379** beneficiario Collegio IPASVI Catania, via Locatelli 13/d - 95123 Catania -, specificando nella causale partecipazione corso d'aggiornamento del

Eventuale annullamento e/o mancata presenza al corso non comporta il rimborso della quota precedentemente versata.
Le domande di iscrizione verranno accolte fino ad esaurimento dei posti disponibili e si intenderanno accettate solo dopo l'assegnazione da parte dell'organizzatore del numero di iscrizione al Convegno.

Attenzione : non saranno prese in considerazione schede di iscrizione prive della copia del versamento

Ai sensi della Legge 675/96, autorizzo gli organizzatori ad utilizzare i miei dati personali per gli scopi connessi al Convegno.

NORME PER IL CONSEGUIMENTO DEI CREDITI ECM

Ai candidati verrà consegnato, durante la verifica dell'apprendimento, un questionario con delle domande con una soglia di superamento del 70%, pertanto agli stessi che non raggiungeranno questo minimo richiesto non verranno assegnati crediti ECM, ma solo l'attestato di frequenza. Solo ai partecipanti ad almeno il 90% delle ore del corso verrà riconosciuto il credito ECM.

DATA

FIRMA



Il pubblico impiego e il Ministro Brunetta



di Antonella Arriva

Il 15 novembre 2009 entra in vigore il decreto legislativo n 150 attuativo della riforma Brunetta basata sui principi della trasparenza, del merito e della valutazione della performance del dipendente nei confronti del cittadino-cliente.

Miglioramento dell'organizzazione, quindi meritocrazia applicata al lavoratore, con sistemi di controllo che permettano la distribuzione della produttività e dei premi. È fondamentale che ogni azienda si doti di sistemi di valutazione perché in mancanza di essi è fatto divieto ogni forma di progressione economica e premio d'incentivazione. In realtà questo sistema non è una novità, il CCNL prevede che il riconoscimento dei premi avvenga attraverso un percorso di verifica dei dipendenti all'interno di un'azienda. Così come la valutazione individuale che è sempre stata svolta dai dirigenti sulla base del raggiungimento di obiettivi, sulle competenze dimostrate e dei comportamenti professionali.

Quanto sopra comunque è materia di contrattazione decentrata e a tal proposito, contano molto i fondi economici destinati a questi sistemi aggiuntivi ed è sempre con la contrattazione decentrata che verrà definito il numero delle percentuali di personale per la distribuzione dei premi.

Il governo dovrà nominare la Commissione Nazionale composta di persone che avranno il compito di emanare linee guida dei modelli di valutazione da applicare, questi organismi di controllo avranno il compito di verificare l'adozione del sistema di controllo. In sede aziendale si discuterà di: **produttività - progetto individuale e di gruppo - progressioni economiche - posizioni organizzative - accesso a percorsi di crescita professionale** - in sostanza nulla è cambiato rispetto a prima, qual è la novità?

È stato sempre il dirigente ad avere piena autonomia nella gestione delle proprie risorse. Certo che siamo messi male! ma attenzione v'invito a ricordare sempre che anche i dirigenti sono dipendenti e in virtù di questo abbiamo il diritto e il dovere di confrontarci ogni giorno della nostra vita lavorativa, non è accettabile l'atteggiamento di sudditanza che alcuni di noi infermieri ancora oggi, hanno nei loro confronti. L'infermiere sa quali sono i propri compiti e dovrebbe sapere anche quello che non è di sua competenza. Se si hanno le idee chiare su questo, nessuno mai avrà uno strumento in mano per sanzioni disciplinari e quantaltro.



Il Ministro della Funzione Pubblica, Renato Brunetta

La mia preoccupazione invece riguarda i poteri ispettivi, questi ispettori che verranno a controllare e che potranno agire anche su segnalazione da parte di cittadini circa presunte irregolarità, ritardi o inadempienze. Mi chiedo... nel momento in cui i pazienti e i familiari degli stessi, da sempre, hanno un unico riferimento (in corsia e negli ambulatori) l'infermiere, con chi se la prenderanno? i cittadini lo sanno che il direttore (dell'ambulatorio o del reparto) per far quadrare i conti risparmierà riducendo il numero di personale?

Il Presidente del Collegio IPASVI Dott. Giuseppe Donzuso, insieme a tutto il Consiglio Direttivo, in occasione del pensionamento del Coordinatore Direttore del Corso di Laurea in Infermieristica e del Corso di Laurea Specialistica in Scienze Infermieristiche ed Ostetriche, Dottorressa Anna Maria Musumeci, desidera ringraziarla per il lavoro svolto in questi anni e per il contributo dato alla Professione Infermieristica.

Augura inoltre un proficuo lavoro al Dott. Angelo Gambera, già noto per il suo impegno a favore della professione.



News

L'infermiere moderno e la libera professione

Negli ultimi decenni è mutata sia la domanda che l'offerta di salute inducendo a ripensare nuovi modelli assistenziali. Tra questi, certamente trova il suo doveroso spazio l'esercizio libero – professionale.

Se da un lato l'aumentato livello di competenza e di responsabilità, in ragione di un esercizio professionale autonomo, ha rappresentato una conquista, dall'altro reca con sé delle criticità evidenti, tra cui primus inter pares, la necessità di stare al passo con gli infermieri delle altre nazioni europee.

Questi ultimi in alcuni casi, hanno un livello di formazione differente dal nostro, giacché hanno potuto usufruire rispetto a noi, di un ingresso precoce nel sistema universitario, e godono com'è ad esempio nel caso del Regno Unito, di una notevole considerazione professionale e di un ruolo sociale di grande spessore.

Tradizionalmente in Italia, l'esercizio libero – professionale è stato dedicato per lo più ad attività di assistenza territoriale, spazi in cui è già da lungo tempo "consentito" godere di una maggiore autonomia professionale, rispetto alle rigide realtà ospedaliere in cui spesso la gerarchia primeggia sulla effettiva operatività.

La carenza infermieristica che affligge tutte le strutture, in associazione ai vincoli legati al reclutamento di personale (almeno per ciò che attiene le strutture pubbliche) spinge ad implementare il fenomeno dell'outsourcing (che non è altro che l'esternalizzazione di servizi), già da lungo tempo avviato per alcuni settori come la mensa, il guardaroba, i servizi di ambulanze e via dicendo.

La criticità incipiente può essere legata al fatto di coordinare le esigenze di tutti i professionisti. Talvolta può accadere, a meno che non si faccia una scelta diretta com'è nel caso di Infermieri esperti in un dato settore ed assunti con contratto libero professionale al bisogno, che gli studi associati, le cooperative od anche le singole persone siano rappresentate da Infermieri alla prima esperienza lavorativa o già in pensione. Per tale ragione è necessario che l'Infermiere Coordinatore e il Dirigente conoscano bene i meccanismi che regolano l'esercizio libero – professionale e siano in grado di amalgamare bene le professionalità presenti all'interno del contesto operativo.

Tra i vantaggi c'è certamente il fatto che l'Infermiere libero professionista specie se giovane, può essere più facilmente impiegato in varie discipline a seconda della necessità, ovviamente adeguatamente affiancato.

Ne trae giovamento l'ambiente lavorativo in questione perché da una parte si reca sollievo ad un gruppo di professionisti in forte sofferenza, ed il professionista neoassunto in questione acquisirà maggiore esperienza in ambito clinico.

Già il profilo professionale dell'Infermiere, dà un contributo per lo svolgimento della libera professione in quanto afferma al punto 3 – g) che "l'Infermiere svolge la sua attività professionale, in strutture sanitarie pubbliche o private, nel territorio e nell'assistenza domiciliare, in regime di dipendenza o libero – professionale".

Ciò chiarisce, ove ve ne fosse bisogno, assoluta pari dignità tra gli Infermieri strutturati ed i libero – professionisti. Peraltro, sempre attraverso il DM 739/94 vengono fugati i primi dubbi, giacché si chiarisce che l'Infermiere è l'unico responsabile dell'assistenza generale infermieristica. La dicotomia permarrà sino al 1999, anno in cui per il trami-

te della L.42 verrà abrogato il mansionario, ormai inutile e pedissequo elenco di compiti, peraltro quotidianamente disatteso.

Altro principio guida era stato dettato del vecchio Codice Deontologico del 1999 che all'art. 5.4 recita: "Nell'esercizio autonomo della professione l'infermiere si attiene alle norme di comportamento emanate dai Collegi Ispasvi; nella definizione del proprio onorario rispetta il vigente Nomenclatore tariffario.

Contribuisce anche la L.251/00, all'art.1 affermando che "Gli operatori delle professioni sanitarie dell'area delle scienze infermieristiche e della professione sanitaria ostetrica svolgono con autonomia professionale...."

La legge 1 del 2002, apre nuovi scenari, perché per sopperire alle carenze esistenti nelle dotazioni organiche, offrendo nuove possibilità alle aziende sanitarie di stipulare contratti di lavoro flessibili.

Spazio nuovissimo per gli infermieri, seppur vincolato purtroppo alle disposizioni regionali, è quello di espletare prestazioni aggiuntive, anche se vincolati da un rapporto di dipendenza, presso la propria struttura sotto la forma di libera professione intramoenia.

In associazione a quanto detto sinora, si precisa la grande innovazione offerta dall'istituzione della Cassa Nazionale di Previdenza per gli infermieri, voluta e gestita da Infermieri, con notevoli vantaggi economici e professionali. L'epoca di transizione da un modello strutturato per compiti ad uno incentrato sugli obiettivi è classico della filosofia e della mission di una struttura dipartimentale, dove si possono individuare una serie di difficoltà legate alla ridefinizione degli equilibri di potere e di controllo sulla gestione delle risorse e su piccole nicchie di potere che alcune persone accumulano con il tempo.

Chi è presente in un'area di lavoro da lungo tempo, nell'ambito di un'organizzazione gestisce le cosiddette aree d'incertezza perché è spesso il mentore delle regole non scritte. A ciò purtroppo non corrisponde un'adesione agli standard professionali di qualità. Oltre modo, far coincidere nella stessa struttura le istanze di persone che pur esercitando la stessa professione spesso provengono da percorsi formativi praticamente opposti non è semplice, giacché ciascuno di noi si riconosce in un'identità personale e professionale consolidata nel tempo e spesso fa fatica a ripensarsi in una logica di cambiamento.

L'esercizio libero – professionale, come già detto ha la caratteristica fondamentale della flessibilità ed a tal fine bisogna far prevalere la logica della cooperazione, in maniera tale che l'agire professionale possa essere orientato ad una visione pluralista nell'ottica del miglioramento.

L'infermiere deve per forza di cose, aprire i suoi orizzonti nell'ottica della flessibilità esistente ormai nel mercato del lavoro. Si prevedono "posti statali" in misura sempre minore, ed è per tale motivo che bisogna aprirsi alla sperimentazione di nuove possibilità operative.

Una delle caratteristiche principali che devono guidare l'infermiere che decide di lavorare con un contratto libero – professionale è l'elevato livello di competenze richieste perché devono essere in grado di contrattare la propria posizione

D.A.I. Dott.ssa Rosa Schilirò

La nostra Opinione

di Michele Grasso



Pubblichiamo i passaggi salienti dell'articolo di Massimo Lorello da **"La Repubblica"** dello scorso 28 gennaio.

"Sì dell' Ars ai 'primari' infermieri sindacati spaccati, medici perplessi"

Gli infermieri «primari» dividono il mondo della sanità. Vero è che la loro istituzione con una legge approvata martedì dall' Ars, mette la Sicilia sullo stesso piano di tante altre Regioni, ma dai sindacati e dall' ordine dei medici arrivano dubbi e timori ... quattro settori specifici presenti in ogni azienda sanitaria dovranno dotarsi di un dirigente il cui compito sarà organizzare il lavoro, pianificarlo e preoccuparsi della formazione del personale ... interessati sono ostetricia, servizi infermieristici, tecnici delle professioni sanitarie (laboratori, radiologia, neurofisiopatologia), riabilitazione, vigilanza (veterinari, vigili sanitari), in ciascuna delle 17 aziende sanitarie siciliane ... si dovrà procedere alla nomina di 68 dirigenti ... in attesa del bando ... si potrà procedere alle nomine attraverso una semplice valutazione dei curriculum. I dirigenti saranno equiparati ai primari se le aziende dimostreranno la necessità di trasformare le nuove strutture in unità complesse ... la Cgil non nasconde le sue perplessità sulla nuova legge ... Renato Costa, segretario regionale del comparto medici afferma: «Siamo perplessi perché, ancora una volta, per rendere efficiente un servizio si pensa di creare nuove figure dirigenziali. Bastava una discussione a tutte le categorie sanitarie per affrontare il problema ... Purtroppo la storia ci insegna che intorno alle nomine dirigenziali in sanità si concentra il clientelismo»... non capiamo conclude Costa - perché per esempio non sono state considerate figure professionali come l' ortottista o il tecnico di prevenzione e sicurezza. Il presidente dell' Ordine dei medici, Elio Cardinale, chiede che non si faccia confusione sui ruoli. «Queste nuove figure sono certamente utili per organizzare meglio il lavoro a patto però che ci sia una totale concordanza con le altre figure dirigenziali - afferma Cardinale ... la dirigenza clinica deve restare al medico e questo deve essere chiaro ... Decisamente favorevole è invece Massimo Farinella, segretario regionale della Cisl medici: «Questa legge diminuisce la frammentazione delle procedure, sarà più semplice monitorare i risultati e chiederne conto... ».



...tanto per chiarire...

...a parte che nessun Infermiere si sognerebbe di fare il "primario", l' unica dirigenza alla quale ambiscono gli infermieri è proprio La Dirigenza Infermieristica, per la quale tra l' altro moltissimi bravi colleghi hanno studiato e sono preparati certamente meglio del più bravo dei medici.

Quanto al fatto che Renato Costa, segretario regionale del comparto medici della Cgil sia quantomeno "perplesso", non ci aspettavamo certo nulla di meno, così come ovvia ci è parsa la critica da lui mossa all' ARS, per non aver tenuto in considerazione altre categorie "non mediche" come spesso ancora oggi vengono definiti i professionisti della sanità che non hanno una laurea in medicina, eppure anche mettendoci molto impegno, non riusciamo proprio a ricordare di aver visto il dirigente sindacale essersi mai occupato con tanta passione degli ortottisti o dei tecnici di prevenzione e sicurezza, ma nemmeno dei fisioterapisti, o di altri che non fossero medici, niente di strano, è ovvio, espleta il proprio mandato a favore della categoria che rappresenta, ma che non ci venga a farci la lezione proprio adesso, per non parlare della sua affermazione "purtroppo la storia ci insegna che intorno alle nomine dirigenziali in sanità si concentra il clientelismo", e nemmeno questa volta rammentiamo di come il clientelismo, lo abbia mai preoccupato fin tanto che i "clienti" potevano essere medici.

Condividiamo il timore esternato dal Presidente dell' Ordine dei Medici, Elio Cardinale, anche se per motivi diversi dal suo, crediamo infatti che se confusione ci sarà, sarà voluta proprio da chi desidera che il progetto fallisca.

Ci piace l' atteggiamento di Massimo Farinella, segretario regionale della Cisl medici, che parla di responsabilizzazione e valutazione dei risultati attuabile attraverso un asse di competenza-responsabilità meno frammentato che in passato.

In conclusione, premesso che non è intenzione di questa rubrica fomentare nessuna diatriba tra Infermieri e Medici, ai quali riconosciamo un importante ruolo sociale guadagnato attraverso anni di impegno a favore di chi soffre, vogliamo fortemente ribadire che se è certamente vero che nessun Infermiere sia qualificato per fare il lavoro dei medici, è certamente altrettanto vero che nessun medico sia in grado di fare l' infermiere e tanto meno il Dirigente Infermieristico.

Variazione Collegio Revisori dei Conti

COLLEGIO PROVINCIALE IP.AS.VI. CATANIA
Via Locatelli 13/d – 95123 Catania – tel. 095/360484 – fax.095/363370

Prot. N° 212/2009

Catania 27/10/2009

**Oggetto : Notifica variazione della composizione del Collegio dei Revisori dei Conti
Triennio 2009-2011**

AL MINISTERO DELLA SALUTE	ROMA
AL MINISTERO DELL'UNIVERSITA' E R.S.T.	ROMA
AL MINISTERO DI GRAZIA E GIUSTIZIA	ROMA
AL MINISTERO DELLA PUBBLICA ISTRUZIONE	ROMA
AL MINISTERO DEL LAVORO E PREVIDENZA SOCIALE	ROMA
ALLA FEDERAZIONE NAZIONALE COLLEGI IPASVI	ROMA
ALL'E.N.P.A.P.I	ROMA
AL PRESIDENTE DELLA REGIONE SICILIA	PALERMO
ALL'ASSESSORE REGIONALE SANITA'	PALERMO
A S.E. IL PREFETTO	CATANIA
ALLA PROCURA DELLA REPUBBLICA	CATANIA
AL PRESIDENTE DEL TRIBUNALE CIVILE E PENALE	CATANIA
AL PRESIDENTE DELL'AMMINISTRAZIONE PROVINCIALE	CATANIA
AL QUESTORE DI	CATANIA
AL SINDACO DI	CATANIA
AL MAGNIFICO RETTORE DELL'UNIVERSITA'	CATANIA
AI DIRETTORI GENERALI E SANITARI DELLE AZIENDE OSPEDALIERE	CATANIA
AL PRESIDENTE DELL'ORDINE DEI MEDICI	CATANIA
AL PRESIDENTE DELL'ORDINE DEI FARMACISTI	CATANIA
AL PRESIDENTE DEI TECNICI DI RADIOLOGIA MEDICA	CATANIA
AL PRESIDENTE DEL COLLEGIO DELLE OSTETRICHE	CATANIA
A TUTTI I COLLEGI IPASVI D'ITALIA	LORO SEDI
A TUTTI GLI ISCRITTI AGLI ALBI IPASVI DELLA PROVINCIA DI CATANIA	LORO SEDI

In ottemperanza alle vigenti disposizioni in materia, preso atto del decesso del Sig. Fisichella Giovanni, Presidente del Collegio dei Revisori dei Conti, ratificato in data 26/10/2009 ed alla successiva assegnazione delle cariche effettuata nella seduta del 26/10/2009, si comunica la nuova composizione del Collegio dei Revisori dei Conti:

CONSIGLIO DIRETTIVO

Presidente	Dr.	Donzuso Giuseppe
V. Presidente	IPFD	Spica Carmelo
Segretario	IPFD	Moschella Carmelo
Tesoriere	IPFD	Grasso Alfio
Consigliere	IPFD	Antonucci Bruno
Consigliere	IP	Arriva Antonella
Consigliere	IPFD	Bonomo Antonino
Consigliere	IPFD	Calanna Maurizio
Consigliere	IPFD	Cangemi Antonino Fabio
Consigliere	IP	Caruso Salvatore
Consigliere	IPFD	Coco Grazia
Consigliere	IPFD	Di Maria Michele
Consigliere	IPFD	Messina Gabriele
Consigliere	IPFD	Pecorino Maria Luisa
Consigliere	Dr.	Schilirò Rosa

COLLEGIO REVISORI DEI CONTI

Presidente	IP	Scalisi Alessandro
Revisore	IPFD	Cantarella Salvatore
Revisore	IPFD	Borzi Emilia

Il Segretario
Carmelo Moschella

Il Presidente
Dr. Giuseppe Donzuso

Giù le mani dalle donne

di Stefania Longhitano

Soltanto il 7,4% delle donne che dichiara di aver subito una violenza tentata o consumata nel corso della vita afferma di aver denunciato il fatto. Le ragioni dell'omessa denuncia sono legate principalmente alla paura di essere giudicate male, al timore di non essere credute, al senso di vergogna o di colpa. La violenza sessuale comprende sia lo stupro sia il tentato stupro.

Non esiste un limite di età per le vittime dello stupro. Ci sono casi di stupro perpetrati su minorenni, su infanti (pedofilia), così come nei confronti di persone anziane (gerontofilia).

La maggior parte delle violenze sessuali avviene da parte di persone che conoscono la vittima. In particolare, amici e datori o colleghi di lavoro rappresentano, da soli, quasi il 40% degli offensori, mentre le violenze sessuali commesse da coniugi, ex coniugi, fidanzati ed ex fidanzati ammontano a circa il 12%. La violenza sessuale è un crimine che può essere compiuto da singoli o da gruppi. La media italiana è di 13 stupri denunciati al giorno (è importante la parola "denunciati", perché molte violenze sulle donne non sono mai segnalate).

Dopo un'aggressione sessuale, la donna può vivere reazioni di diverso genere. È importante notare che non c'è una risposta univoca al trauma, alcune donne reagiscono immediatamente, altre dopo molto tempo. Non necessariamente ad una violenza grave sul piano dei fatti corrisponde un trauma altrettanto grave sul piano psichico, mentre può accadere che ad una molestia apparentemente non grave possa corrispondere una imponente reazione di tipo post-traumatico che produce nella vittima un'immensa sofferenza. Alcune donne negano l'accaduto o minimizzano l'intensità dell'esperienza vissuta. Ciò è più frequente quando l'aggressore è un conoscente della vittima e accade per l'esaltazione della famiglia e, che scoraggia le donne: chi subisce una violenza in casa si vergogna ad uscire e dire che la sua famiglia non funziona, perché il modello le dice che "la famiglia va tutelata".

Alcune donne presentano dei sintomi estremamente gravi, che le impediscono di chiedere aiuto oppure di parlare dell'accaduto con amici e familiari. Si parla in questo caso di Sindrome acuta da stress (Acute Stress Disorder ASD).

I sintomi includono:

- Il sentirsi intorpidita (fiacchezza fisica e mentale) e distaccata;
- Difficoltà a ricordare dettagli importanti dell'aggressione;
- Rivivere l'aggressione con pensieri ossessivi, ricordi, incubi;
- Evitare luoghi e cose che ricordano l'aggressione;
- Ansia crescente;

altre reazioni ad un'aggressione sessuale possono essere:

- depressione grave (Major Depressive Disorder MDD): le ricerche dimostrano che almeno 1/3 delle vittime di stupro vivono almeno un periodo di depressione grave, e che il 17% delle vittime si suicida;
- Rabbia: benché dopo un evento del genere una reazione di rabbia sia sana e normale, alcune ricerche suggeriscono che una rabbia intensa e prolungata nel tempo può interferire con il processo di guarigione;
- Senso di vergogna e colpa: questi sentimenti sono molto normali dopo un'aggressione sessuale. Alcune donne biasimano se stesse per l'accaduto. Questo è ancora più frequente se l'aggressore è un conoscente oppure se le vittime non ricevono aiuto da parte di familiari, amici,

autorità. Il senso di vergogna e colpa può anche impedire alla donna di raccontare ad altri l'accaduto;

- Problemi sociali e relazionali: alcune donne diventano troppo ansiose o depresse per voler continuare ad avere una vita sociale, e il rendimento sul lavoro ne risente;
- Problemi sessuali: questi problemi sono i più duraturi fra le donne vittime di aggressione sessuale, le donne possono temere ed evitare ogni tipo di contatto;
- Alcool e droga: rispetto a donne che non hanno subito tale esperienza, le donne sopravvissute a uno stupro hanno 3-4 volte possibilità di fumare marijuana, 6 volte di far uso di cocaina, e 10 volte di far uso di droghe più pesanti. Si parla in questo caso di sindrome post-traumatica (Post Traumatic Stress Disorders PTSD).

Se l'Infermiere viene a conoscenza che una donna è stata vittima di una violenza sessuale cosa deve fare?:

- Evitare che la donna si lavi per non cancellare quelle che sono le prove del DNA dello stupratore;
- In ospedale la donna verrà visitata in un reparto di ostetricia e ginecologia da un Ginecologo con la presenza di un infermiere, preferibilmente donna.

Durante la visita si provvederà a:

- Prelevare il muco vaginale per accertare la presenza di sperma, infezioni e DNA del violentatore;
 - Eseguire altri prelievi (es. unghie, ano ecc.);
 - Effettuare un prelievo di sangue;
- (nessuno di questi prelievi è obbligatorio, vengono fatti nel vostro interesse ma se non ve la sentite potete rifiutarvi. Ricordate che potreste desiderare di effettuare la denuncia in seguito, che i prelievi verranno utilizzati solo con la vostra autorizzazione e che accettare l'esecuzione degli stessi è per voi solo una garanzia in più.)
- Prescrivere le terapie ritenute necessarie;
 - Rilasciare una prognosi con l'indicazione dei giorni necessari alla guarigione.

Importantissimo: descrivere esattamente sul referto le lesioni: i graffi, i morsi, i lividi e gli altri segni di violenza, come i lividi nell'interno cosce che sono legati alla divaricazione forzata delle gambe, e che non possono essere confusi con i lividi di un rapporto sessuale fra consenzienti. Esaminare in piena luce tutto il corpo, in collaborazione col medico. Evitare di stilare un referto generico "ecchimosi diffuse". Ricordare che in sede giudiziaria l'aspetto e la sede delle lesioni sono molto importanti, soprattutto se, come accade molto spesso, la difesa sostiene che la donna era d'accordo.

E' opportuno indirizzare la donna in un centro idoneo per avere un supporto psicologico e/o legale (a quest'ultimo scopo le associazioni di difesa della donna sono le più fornite e preparate).

A questo punto sta alla vittima decidere se recarsi in un posto di polizia per fare una denuncia. In questo caso il referto rilasciato è necessario.

All'interno dei Centri Anti-violenza la donna troverà l'appoggio e il supporto necessario e chi l'accompagnerà al posto di polizia. Non tutti i posti di polizia hanno personale addestrato per questa evenienza.

(Non abbiate timore di denunciare alle autorità il reato!!!! La violenza sessuale è un reato contro la persona che non può essere giustificato in nessun caso; chi né è vittima ha il diritto di essere tutelato nelle sedi opportune. Quindi nessuna vergogna o senso di corresponsabilità nell'episodio, la donna (e qualsiasi persona a prescindere dal sesso) ha il diritto di dire di NO! In qualunque momento. Questa volontà deve essere rispettata.)

La Sicurezza in



MALASANITA' A TORINO

Una pinza nella pancia dopo l'intervento

L'anno appena concluso ha visto due importanti novità relative alla sicurezza in Sala Operatoria, lo scorso ottobre infatti il Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali ha pubblicato il **"Manuale per la Sicurezza in Sala Operatoria: Raccomandazioni e Checklist"**, e solo due mesi più tardi l'Istituto Superiore per la Prevenzione e la Sicurezza sul Lavoro ha pubblicato **"Linee Guida sugli Standard di Sicurezza e di Igiene del Lavoro nel Reparto Operatorio"**.

Il percorso di rinnovamento nel nostro paese, non è stato certo repentino e dopo una serie di adeguamenti alle normative europee ha finalmente tracciato una linea di demarcazione tra il passato ed il "futuro" consentendo almeno formalmente un sostanziale svecchiamento di un quadro legislativo vecchio di molti decenni.

In merito alla sicurezza fisica del personale sono sostanzialmente due gli aspetti da tenere in considerazione, uno relativo alla sicurezza Intrinseca che devono possedere i luoghi di lavoro, l'altro legata al fattore umano e cioè all'utilizzo in sicurezza dei beni strumentali ed al rispetto delle procedure.

La **Sicurezza Intrinseca** consiste, come abbiamo detto, nella caratteristiche che devono possedere i luoghi di lavoro, gli impianti, le attrezzature tecnologiche, di modo da ridurre al minimo i rischi per coloro che ne fanno uso.

La responsabilità di assicurare gli standard è di norma affidata a soggetti esterni all'azienda, a partire dai progettisti e seguendo poi la filiera dei costruttori, degli installatori e dei collaudatori tutti obbligati ognuno per propria parte a rispettare precisi riferimenti normativi.

Per tale ragione, ciò che viene utilizzato nei luoghi di lavoro deve sempre essere accompagnato da tutta la documentazione e dalle certificazioni, a garanzia del rispetto degli standard di sicurezza.

In pratica strutture, impianti, attrezzature devono essere progettati esclusivamente da professionisti in possesso delle relative competenze, che abbiano tenuto conto del rispetto dei requisiti di igiene e sicurezza. Anche l'installazione ed il conseguente collaudo dovranno essere realizzati da personale qualificato in grado di fornire la relativa certificazione.

In assenza del marchio CE di rispondenza alle direttive europee di sicurezza, del certificato di conformità alle norme, e del libretto di istruzione, uso e manutenzione, nessuna apparecchiatura, dispositivo di lavoro o di protezione individuale, può essere acquistata e tantomeno messa a disposizione del personale, inoltre una scheda di sicurezza che indichi le necessarie informazioni per la tutela della salute e della sicurezza del personale che li utilizza o che può venire a contatto in ragione

della mansione svolta deve accompagnare i prodotti ed i preparati chimici, le cui confezioni devono sempre essere etichettate singolarmente.

Utilizzo in Sicurezza: è legato al fattore umano, consiste nella buona pratica nell'utilizzo delle apparecchiature o dei prodotti chimici e nel rispetto delle procedure, non essendo infatti una condizione sufficiente, che un bene sia sicuro all'origine, perché il suo utilizzo sia esente da rischi.

La responsabilità è a carico dell'Azienda, cui corre l'obbligo di addestrare il personale al rispetto delle norme di sicurezza, in pratica attraverso una oculata politica formativa in merito all'utilizzo di particolari attrezzature e alla necessità di adottare specifiche precauzioni ed eventuali dispositivi di protezione individuali, tenendo conto che le informazioni riportate sulla documentazione dei produttori sono indispensabili per un corretto uso in sicurezza.

SICUREZZA ED ORGANIZZAZIONE

Solo se tutte le parti interessate alla Sicurezza "la gerarchia organizzativa" formata dal datore di lavoro, dai dirigenti, dai preposti, dai lavoratori, e coloro che sono interessati alla "funzione di sicurezza" cioè Il Servizio di Prevenzione e Protezione, il Medico Competente, i Rappresentanti dei Lavoratori per la Sicurezza, svolgono con efficienza il proprio lavoro, puntando sul dialogo e sulla collaborazione è possibile raggiungere l'obiettivo di migliorare la sicurezza dei luoghi di lavoro e la salute di tutti i lavoratori.

Tocca al Direttore Generale istituire il Servizio di Prevenzione e Protezione e predisporre che i vari uffici consentano il rispetto della normativa in materia di sicurezza, sarà invece il Direttore Sanitario insieme ai Dirigenti delle Unità Operative a stabilire i principi che regoleranno l'impostazione generale del lavoro all'interno della struttura e sarà preciso compito dei responsabili degli acquisti effettuare questi ultimi verificando che il materiale possieda i requisiti di legge, mentre a provvedere al controllo, alla manutenzione ed alla verifica degli impianti saranno i responsabili dell'ufficio tecnico.

I coordinatori, infermieristici e tecnici, vigileranno sulla reale applicazione delle misure di sicurezza disposte e tutto il personale, Medici, Infermieri, Tecnici, Sociosanitari, adotteranno le misure di sicurezza per la parte di competenza e segnaleranno qualsiasi anomalia al diretto superiore.

IL PROBLEMA DELLA SICUREZZA NEI REPARTI OPERATORI

Importanti fattori di cui tenere conto sono l'elevato numero di professionisti che gravitano intorno alla Sala Operatoria e l'alto grado di tecnicizzazione del luogo.

Inoltre, diversamente da quanto accade per altre attività produttive, in Sala Operatoria, oggetto della lavorazione è "la salute dell'uomo" e non si può quindi fare a meno, nella valutazione dei rischi e nella individuazione delle misure preventive e di protezione, di considerare la necessità di tutelare l'incolumità del paziente stesso.

Le misure di prevenzione indispensabili a tutela della sicurezza di tutti, non devono in nessun caso avere effetti negativi sullo svolgimento dell'attività operatoria. I fattori di rischio presenti nei reparti operatori sono molteplici e la loro entità varia in funzione del grado di sicurezza fornito dalla struttura, dagli impianti, dalla disponibilità di dispositivi di protezione e sicurezza e dalla formazione degli operatori.

Tra i **rischi strutturali** vanno considerati ad esempio le cadute, l'urto degli ostacoli, e via dicendo conto i quali è essenziale oltre ad una adeguata progettazione anche una puntuale gestione e manutenzione, mantenendo ad esempio sgombrare le vie di uscita e soprattutto quelle di emergenza, utilizzando pavimentazione antisdrucciolo, evitando di sovraccaricare i solai e via dicendo.

Rischio Elettrico: Sono poche le attrezzature di una sala operatoria che non utilizzano l'energia elettrica, ed esse vengono considerate ad alto rischio elettrico sia per gli operatori che

Sala Operatoria



di Michele Grasso

per il paziente, tra i rischi ad esempio quelli di contatto diretto o indiretto con parti in tensione, di microshock elettrico per il paziente dovuto alle apparecchiature, quelli di ustioni termiche come ad esempio a causa della placca dell'elettrobisturi e ancora quello di esplosione ed incendio.

E' indispensabile che gli impianti elettrici rispondano a precisi requisiti di sicurezza, siano stati progettati da professionisti abilitati, installati e collaudati con attenzione, e siano inoltre periodicamente sottoposti a manutenzione.

Qualora si interrompa la fornitura di energia elettrica dalla rete urbana, nelle sale operatorie va garantita la continuità attraverso un impianto di alimentazione di sicurezza per mezzo di gruppi di continuità o gruppi elettrogeni, ed il personale della sala operatoria deve essere informato e formato sul corretto utilizzo degli impianti per quanto di loro competenza, la sicurezza dell'impianto elettrico è infatti in gran parte collegata al comportamento e all'uso che ne viene fatto, e per tale motivo in Sala Operatoria è quanto mai essenziale che vengano seguite scrupolosamente tutte le norme di buona pratica per il corretto utilizzo degli impianti, non utilizzando ad esempio prolunghe, adattatori o prese multiple, segnalando tempestivamente qualsiasi anomalia o difetto di funzionamento, non utilizzando apparecchi che presentano difetti o anomalie.

La sicurezza elettrica in sala operatoria è legata anche agli **apparecchi elettromedicali**, i quali devono rispondere a norme di sicurezza specifiche, ed inoltre devono essere correttamente installati, sottoposti a collaudo di accettazione, periodicamente sottoposti a manutenzione e verifica di sicurezza. Il personale che li utilizza deve essere formato e addestrato sul corretto utilizzo.

Uso di dispositivi ed apparecchiature:

In linea generale tutte le apparecchiature elettromedicali e tutti i dispositivi utilizzati dai sanitari debbono possedere i necessari requisiti di idoneità all'uso cui sono destinati e di sicurezza per l'operatore e per il paziente. La garanzia di questi requisiti è fornita dal fabbricante all'utilizzatore tramite l'apposizione del marchio CE sull'apparecchiatura stessa; una autocertificazione di rispondenza alle norme specifiche; il manuale di istruzione e d'uso dell'apparecchiatura o del dispositivo, che deve assolutamente essere conosciuto e seguito dall'utilizzatore, pena la decadenza della garanzia.

Il personale è tenuto ad accertarsi che le apparecchiature siano sempre efficienti ed in sicurezza, effettuando qualora previsto la manutenzione periodica che deve essere annotata su un apposito registro, tutte le apparecchiature vanno inoltre verificate periodicamente da personale esperto e qualificato per controllarne la sicurezza.

Incendio: il Certificato di Prevenzione Incendi Rilasciato dal Comando dei Vigili del Fuoco è obbligatorio per gli ospedali con più di 25 posti letto.

In sala operatoria con l'incremento dell'utilizzo di gas anestetici non infiammabili è notevolmente diminuito il rischio di insorgenza di incendi.

Una opportuna gestione del reparto operatorio è indispensabile per garantire un sufficiente livello di sicurezza, limitando ad esempio la quantità di materiali infiammabili e combustibili, di scarti e rifiuti e prestando molta attenzione all'uso di fiamme, libere, sigarette, ed apparecchiature elettriche quali potenziali fonti di innesco, controllando periodicamente le vie di esodo e di uscita, le attrezzature e gli impianti di estinzione, di rilevazione degli incendi e di allarme, provvedendo alla formazione del personale, alla stesura del piano di emergenza, alla formazione e all'addestramento della squadra di emergenza interna.

Agenti Fisici e Condizioni Microclimatiche: funzioni dell'impianto di condizionamento della Sala Operatoria sono quelle di mantenere, entro precisi range, i valori della temperatura e della umidità assicurando il benessere per gli operatori ed il paziente, di allontanare inquinanti gassosi dalla sala operatoria, di mantenere al di sotto dei limiti prestabiliti le con-

centrazioni di particolato e di agenti biologici, assicurando un idoneo numero dei ricambi all'ora, tenendo conto che l'aria in entrata nella sala operatoria deve passare attraverso un filtro assoluto con efficienza 99,97% che assicuri una bassissima carica microbica in uscita, l'impianto deve anche assicurare il mantenimento di una leggera sovrappressione nella sala operatoria rispetto agli altri ambienti del reparto.

E' necessaria la pulizia periodica di tutti gli elementi (bocchette, canali, ecc..) e la sostituzione dei filtri, ma anche la corretta formazione del personale sul funzionamento dell'impianto, un uso improprio delle porte di separazione tra sala operatoria e locali attigui, potrebbe vanificare la sovrappressione con conseguente inquinamento della sala stessa.

Radiazioni Ionizzanti: tale rischio è presente in Sala Operatoria durante l'assistenza all'esecuzione di radiografie, fluoroscopie, angiografie, a valutare il rischio da esposizione è un esperto qualificato il cui compito è anche quello di elaborare le procedure di sicurezza cui il personale deve attenersi per limitare il rischio di esposizione.

Tra le norme di prevenzione per citarne alcune ad esempio, se possibile, allontanarsi dalla sala durante gli esami a rischio, tenersi lontano dal fascio di raggi (almeno 2 metri), indossare indumenti protettivi ed il dosimetro personale, collocarsi dietro uno schermo protettivo se c'è la necessità di rimanere vicino al paziente.

Il personale esposto viene classificato in tre categorie, la A, la B, ed i non esposti, gli appartenenti alle prime due categorie



devono essere sottoposti a visite mediche annuali.

Per quanto attiene alle radiazioni non ionizzanti, in sala operatoria possono essere presenti apparecchiature che emettono radiazioni ultraviolette, usate per la disinfezione dell'aria con lampade germicide, i cui effetti sulla salute riguardano gli occhi e la cute (eritema, cheratite e cheratocongiuntive, fotoallergia).

Sono possibili anche rischi relativi all'utilizzo di Laser, utilizzati in chirurgia oftalmica e dermatologia con effetti che riguardano soprattutto gli occhi (cheratocongiuntiviti e opacità del cristallino, danni retinici, opacità corneali e cataratta).

Tra le misure di sicurezza: schermatura delle sorgenti, limitazione di accesso alle zone di pericolo, uso di dispositivi di protezione individuale (occhiali a lenti polarizzate scure e vetri spessi, per prevenire i rischi relativi ai raggi laser, vanno adottati di occhiali protettivi specifici, vanno rispettate le procedure, si deve assicurare l'assenza di superfici riflettenti).

Emissioni Elettromagnetiche: possono creare due principali problematiche, rischi diretti per il personale e rischi indiretti dovuti al disturbo creato ad apparecchiature elettroniche. Fonti principali sono rappresentate dalle apparecchiature elettriche ed elettroniche, dagli impianti elettrici, dai telefoni cellulari, tra le misure che vengono adottate per eliminare gli effetti dei campi perturbanti ci sono l'uso di cavi schermati, la schermatura del soffitto e delle pareti per mezzo di una opportuna maglia metallica, l'adozione di apparecchiature elettriche rispondenti alle norme sulla compatibilità elettromagnetica.

Agenti Infettivi: soggetti esposti sono il personale e l'utente, occorre porre particolare attenzione alla corretta progettazione e gestione sia dell'impianto di ricambio dell'aria della sala operatoria sia del sistema di filtrazione dell'aria prima della immissione perché venga assicurato un livello di concentrazione ambientale di agenti patogeni al di sotto di limiti prefissati dalle

La Sicurezza in Sala Operatoria

continua da pag. 17

norme. La periodica disinfezione ambientale e dello strumentario, deve avvenire utilizzando sostanze disinfettanti efficaci e che siano meno tossiche possibili attenendosi a procedure di disinfezione ben codificate.

E' necessario porre molta attenzione al rischio di infortuni da taglienti, da contaminazione con liquidi biologici e reperti anatomici.

Il corretto, puntuale utilizzo dei Dispositivi di Protezione Individuale, limita concretamente il fenomeno e il rispetto di poche semplici procedure, come riporre i taglienti e gli aghi negli opportuni contenitori subito dopo l'utilizzo riduce drasticamente il rischio di venire a contatto con agenti infettivi.

L'utilizzo di filtri sui circuiti dei respiratori impedisce la diffusione di agenti patogeni nell'ambiente. Anche in questo caso la disponibilità di barriere monouso, e dei D.P.I.: guanti in lattice, visiere, mascherine, occhiali, insieme alla adeguata formazione del personale è indispensabile per ottenere successo.

Particolare attenzione va posta alle procedure di igiene, utilizzando docce e lavaggi oculari antisettici quando necessario, riponendo gli indumenti protettivi in posti separati dagli abiti civili, controllando pulendo e disinfettando i D.P.I. non monouso dopo ogni utilizzo, indumenti di lavoro potenzialmente contaminati vanno tolti quando si lascia la sala operatoria e depositati nelle apposite zone per il ritiro e la consegna al servizio di lavanderia ospedaliera.

Non si devono assumere cibi e bevande nelle aree di lavoro in cui c'è rischio di esposizione, esistono all'uopo apposite zone di riposo.

I Gas Anestetici: nel corso di anestesie gassose possono essere presenti negli ambienti operatori inquinamenti più o meno elevati di gas anestetici, con problemi di esposizione del personale. Causa delle perdite possono essere, perdite dalle prese degli impianti centralizzati o dai collegamenti tra queste e gli apparecchi di anestesia, o perdite dai circuiti dell'apparecchio di anestesia (occorre per questo provvedere ad un periodico controllo e manutenzione da parte di personale specializzato). La perdita di gas anestetico possono avvenire anche durante la fase di somministrazione dell'anestetico al paziente e durante la fase di risveglio, le moderne macchine per anestesia sono a circuito chiuso con ripresa ed espulsione all'esterno del gas in eccesso che minimizza le perdite.

Tuttavia nonostante le misure preventive adottate è possibile un residuo livello di inquinamento cui si fa fronte con l'impianto di ricambio dell'aria (condizionamento) che deve assicurare una concentrazione residua dei vari gas inferiore a quella prevista dalle norme. Per accertarsi che il personale delle sale operatorie non sia esposto a livelli concentrazione dannosi, viene periodicamente misurato il tasso di inquinamento ma ci sono complessi operatori dove il campionamento è continuo e collegato ad un sistema di allarme.

Gli Agenti Chimici: la glutaraldeide a concentrazioni superiori allo 0,5%, viene classificata come sostanza pericolosa, dotata di proprietà sensibilizzanti, irritante per gli occhi, la pelle e le vie respiratorie.



Alla concentrazione del 2% viene utilizzata per la disinfezione ad alto livello, per la sterilizzazione a freddo dello strumentario non autoclavabile. Durante l'uso di questo prodotto è quindi necessario utilizzare precisi accorgimenti, come ad esempio utilizzare quando possibile, apparecchiature a circuito chiuso che evitino la possibilità di inquinamenti ambientali, usare il prodotto in idonee cappe di aspirazione con espulsione all'esterno, usare opportuni dispositivi di protezione individuale (guanti, occhiali a mascherina o visiere, facciali filtranti, tute, grembiuli, pantaloni, ;

La formaldeide, utilizzata come sterilizzante e disinfettante di materiale sanitario e ambienti, ed in soluzioni ad elevate concentrazioni, per la fissazione di tessuti e la conservazione di pezzi anatomici. E' un irritante delle mucose, ed in alcuni casi può provocare allergie e dermatiti da contatto. L'elevata pericolosità di questa sostanza è però da connettersi soprattutto con il rischio mutageno e cancerogeno. Valgono le stesse precauzioni citate sopra per la glutaraldeide.

Movimentazione Manuale dei carichi: dipende dalla frequenza dei trasferimenti dei pazienti dalla barella al tavolo operatorio e viceversa, dal numero di operatori quando insufficiente per effettuare i trasferimenti dei pazienti, dal grado di collaborazione degli stessi, dalla disponibilità di ausili meccanici come i sollevatori, o di teli antiattrito, tavole di trasferimento ecc.

Altri fattori come gli spazi di manovra limitati, o la collocazione delle attrezzature possono aumentare il rischio.

Per limitare tali rischi si ricorre a tecniche di ausilio al personale e alla corretta progettazione architettonica, alla formazione degli operatori con un addestramento specifico.



SANITA': rischio clinico, importanti riconoscimenti per la Sicilia



Il Ministro della Salute Ferruccio Fazio

L'assessorato alla Salute della Regione Siciliana sarà la struttura di riferimento in Italia di un programma di attività sulla gestione del rischio clinico, in collaborazione con gli esperti del Ministero e delle Regioni. Verrà data particolare importanza ai cosiddetti "eventi sentinella", ovvero eventi di particolare gravità correlati all'assistenza sanitaria e che indicano un serio malfunzionamento del sistema.

Lo ha deciso il Ministero della Salute, guidato da Ferruccio Fazio, che ha firmato con l'assessorato regionale una apposita convenzione, della durata di 12 mesi, con la quale vengono definite strategie e obiettivi del programma.

"Arriva da Roma un nuovo e importante riconoscimento per la Sicilia – afferma l'assessore regionale alla Salute, Massimo Russo – che sempre più si segnala come una Regione virtuosa in grado di esprimere eccellenti professionalità. La fiducia ancora una volta espressa dal ministro Fazio è il segnale della credibilità da noi acquisita a livello nazionale dopo 18 mesi di lavoro che hanno permesso di recuperare il gravissimo deficit e di riqualificare l'offerta sanitaria attraverso una radicale riorganizzazione".

L'obiettivo del programma è quello di rafforzare la capacità di risposta del sistema sanitario, sia nazionale che locale, dopo il verificarsi degli eventi sentinella, migliorando la qualità, l'accuratezza e l'appropriatezza della metodologia analitica e prevedendo su scala nazionale la partecipazione attiva di analisti esperti di gestione del rischio clinico. In relazione alla tipologia di evento è prevista anche la partecipazione di specialisti di singole discipline che, per le loro competenze, possono fornire un contributo utile all'analisi ed alla formulazione delle azioni di miglioramento.

La convenzione comprende anche un importante

corso di formazione a distanza sulle metodologie di analisi degli eventi avversi che sarà progettato, realizzato ed erogato dalla Regione Siciliana per tutti gli operatori delle strutture del servizio sanitario nazionale.

Il programma delle attività sarà coordinato dal dott. Giuseppe Murolo, dirigente del servizio 5 "Qualità, governo clinico e sicurezza dei pazienti" del Dasoe (dipartimento attività sanitarie e osservatorio epidemiologico).

Proprio sul tema del rischio clinico, la Sicilia si era già segnalata a livello nazionale producendo per conto del Ministero della Salute un filmato sul rischio clinico nell'ambito di una campagna mondiale promossa dall'Organizzazione mondiale della Sanità.

Questo filmato, della durata di circa 10 minuti, presentato a Roma dal ministro Fazio e visionabile sul sito del Ministero della salute, è stato realizzato da un gruppo di operatori sanitari dell'isola, coordinato da Alessandro Ghirardini, responsabile del gruppo di lavoro del Ministero della Salute, dall'attuale dirigente generale dell'Asp di Caltanissetta Paolo Cantaro e da Giuseppe Murolo, dirigente del servizio 5 dell'assessorato regionale.

Il filmato sviluppa tre diverse modalità di applicazione della check list in sala operatoria, vale a dire quel sistema di procedure che servono ad abbattere il rischio clinico. Il video ha visto la partecipazione, in qualità di testimonial dell'equipe operatoria, dei responsabili nazionali delle società scientifiche dei chirurghi, Gianluigi Melotti e degli anestesisti, Giorgio Della Rocca, del collegio degli infermieri professionali, Barbara Mangiacavalli e il coinvolgimento dell'Università degli studi di Catania con il preside della facoltà di medicina Francesco Basile, della Federazione nazionale dell'Ordine dei medici Luigi Conte e del direttore sanitario Gianfranco Finzi.



L'Assessore Regionale alla Salute Massimo Russo



RIORGANIZZAZIONE DELLE ATTIVITA' SANITARIE NEL TERRITORIO DI CATANIA

ASP S. M. LA GRANDE: TRASFERIMENTO AMBULATORI SPECIALISTICI

Ecografia, ecocolordoppler e M.O.C. in via Cifali Radiologia, Ecografia, Medicina dello Sport e Pneumologia a San Giorgio/Librino. Anche il servizio vaccinazione sarà attivo in via Cifali

CATANIA - Nell'ottica di un piano complessivo di rilancio, ottimizzazione e razionalizzazione dei servizi dell'Azienda sanitaria provinciale etnea, negli ultimi mesi sono stati effettuati i trasferimenti di alcuni ambulatori medici specialistici con l'obiettivo di aggiornare la proposta organizzativa nelle sedi ricadenti nell'ambito del territorio catanese.

Dal 12 Gennaio sono operativi in **via Cifali 76/b** gli ambulatori di **"Ecografia", "Ecocolordoppler", e "M.O.C."**; mentre nel presidio di **San Giorgio/Librino**, sono attive le specialità di **"Radiologia", "Ecografia", "Medicina dello Sport"** ed **"Ex C.P.A."** (pneumatologia): attività che prima venivano effettuate presso il Poliambulatorio di via Santa Maria la Grande, 5 Catania.

Con quest'ultima tappa viene ultimata l'offerta sanitaria prevista dal Piano di Rimodulazione e all'interno dell'immobile che si trova nel quartiere di Cibali (nei pressi dello stadio) saranno inoltre dislocati - oltre agli ambulatori specialistici - gli uffici del Distretto Catania 1, la neuro psichiatria infantile, il consultorio familiare e la farmacia territoriale.

Per migliorare la qualità delle strutture e degli ambienti, queste operazioni sono state accompagnate da un Piano degli investimenti strutturali, già avviato dall'ex Direttore Generale Antonio Scavone, che ha compreso la messa a norma dell'ex CPA di Catania, in via Sardo, e dell'edificio "Villermosa" in via Bambino, dove sono attualmente ubicati il Settore Materno Infantile e l'Educazione alla Salute.

NESSUN "TAGLIO" AL SANTO PIETRO 8 POSTI LETTO DI LUNGODEGENZA IN PIU' GIA' ATTIVI

CALTAGIRONE In riferimento alla contestazione sollevata dal presidente del Consiglio comunale di Caltagirone **Fortunato Parisi**, riguardante il piano di riorganizzazione aziendale e il "paventato" taglio di 52 posti letto presso l'Ospedale Santo Pietro di Caltagirone, il direttore generale dell'Azienda sanitaria provinciale etnea **Giuseppe Calaciura**, ci tiene a precisare che «i dati diffusi non corrispondono a verità e creano soltanto confusione e una distorsione della realtà del sistema sanitario calatino. Infatti, dei **96** posti previsti con il decreto del 4 luglio 2003 per la riabilitazione, nel corso degli anni ne sono stati attivati soltanto **64**, pertanto la nuova gestione Asp non sta apportando nessuna modifica rispetto all'attuale configurazione, né tanto meno sta contraendo i posti letto già esistenti, così come ha detto il dott. Parisi parlando di "contraddizioni" all'interno dell'atto programmatico. Analogamente per quel che riguarda la lungodegenza, dobbiamo specificare che dei **32** posti previsti con il medesimo decreto, ne sono stati attivati soltanto **16**, così come dai dati ufficiali certificati dall'Agenas a conclusione del 2008. La tanto contestata rimodulazione ne prevede invece **24**, quindi nessun taglio, ma un incremento e potenziamento del reparto di lungodegenza». Secondo quanto riportato, dunque, non essendo prevista alcuna contrazione di posti letto, vengono anche fugate le preoccupazioni dei lavoratori che attualmente operano con grande efficienza nel presidio di Caltagirone.

Concluso il Master di "Coordinamento e management della funzione infermieristica" organizzato a Catania presso l'Istituto Valdisavoia dall'Università "Giustino Fortunato" di Benevento di cui è Rettore l'ex Ministro Augusto Fantozzi. Dopo mesi di grande impegno, ben cento infermieri provenienti da tutta la Sicilia hanno conseguito il titolo che permetterà loro di partecipare alle selezioni per accedere al ruolo di Coordinatore della Professione Infermieristica.

Il programma del Corso, ha approfondito i temi dell'organizzazione e della comunicazione, puntando i riflettori soprattutto sulla moderna figura del "coach" di reparto, per proporre percorsi innovativi circa le metodiche e le tecniche manageriali di carattere infermieristico.

Attraverso l'esposizione delle tesi, davanti a due commissioni composte dai docenti che hanno condotto il corso, gli studenti hanno dimostrato il loro grado di apprendimento, proponendo numerosi progetti di interesse tecnico-professionale, innovativi o già sperimentati in realtà di eccellenza.

Il Direttore del Corso, Prof. Errico Cozzo, è apparso particolarmente soddisfatto per l'esito finale del Master, per la preparazione dei partecipanti e l'alta specialità dei contenuti, che confermano, qualora ce ne fosse il bisogno, l'alto livello accademico degli Infermieri Siciliani. Membro di una delle Commissioni, il Presidente del Collegio IPASVI di Catania, Dott. Giuseppe Donzuso, docente del Corso di Laurea di Scienze Infermieristiche della Università di Catania, a testimonianza della attenzione istituzionale e professionale per L'Università campana.

L'Istituto Valdisavoia, riproporrà il Master anche per l'anno accademico 2009-2010, ed è prevista anche l'attivazione di un Master in Infermieristica Legale ed di uno in Statistica Sanitaria, oltre ad un Master di secondo livello di "Management della Sanità", in collaborazione con l'Università San Pio V di Roma.

scopri tutti i vantaggi



**PRESTITI
MUTUI
CESSIONE V
PENSIONATI**

Corso Italia, 204 • 95127 Catania
Telefono 095 387960
Fax 095 376832

Numero Verde
800 577911
C.F. 04502710876 • UIC 40015