



INFERMIERI PROFESSIONALI ASSISTENTI SANITARI VIGILATRICI D'INFANZIA

S P A P E R T O

Z

I

O

RAPPORTI NUMERICI E BISOGNO DI SALUTE

Trimestrale N°7-8

anno III

luglio 2005

Poste Italiane s.p.a.

Spedizione in

a.p.-D.L. 353/2003

(conv.m L27/02/2004

n°46) art. 1 comma 1,

DCB Venezia

ORGANO UFFICIALE DEL COLLEGIO IPASVI DI VENEZIA

IN CASO DI MANCATO RECAPITO RESTITUIRE AL C.M.P DI VENEZIA PREVIO PAGAMENTO RESI

SOMMARIO

SPAZIO APERTO

Proprietario ed editore "Collegio provinciale IPASVI di Venezia"

Trimestrale a carattere scientifico.

Registrazione presso il tribunale di Venezia

n° 1448 del 23.05.2003

Finito di stampare settembre 2005

Realizzato da : Stamperia Cetid srl via Mutinelli, 9 30173 Venezia

Mestre tel. 0415345839 fax 041611725 - cetid@tin.it

Direttore responsabile

Luigino Schiavon

Direzione-Redazione-Amministrazione

P.le L.da Vinci n8 Mestre

Tel.041-5055951 telefax 041-5040882

E-Mail: ipasvive@tin.it

C.P 98 Mestre Centro cap.30172 Mestre-Ve

Comitato redazionale

Alessandra Semenzato, Luigino Boldrin,

Sergio Bontempi, Patrizia Biscaro,

Federica Bortoletto, Andrea Carisi,

Alessandra De Pieri, Margherita Folin,

Mario Iannotta, Giuliano Marangoni,

Carlo Masato, Chiara Rizzo, Mario Vidal.

Comitato editoriale

Luigino Schiavon, Carlo Masato, Iannotta Mario, Andrea Carisi.

Segreteria di redazione

La pubblicazione del materiale è subordinata al giudizio della redazione. articoli, note e recensioni

, firmati o siglati, impegnano esclusivamente la

responsabilità dei loro autori.

In copertina

Autore: Sandra Masato

Titolo: Opera su tela tecnica mista

Gentilmente concessa al Collegio IPASVI di Venezia.

DIRETTIVO 2003-2005

Presidente: Schiavon Luigino

Vice presidente: Semenzato Alessandra

Tesoriere: Luigino Boldrin

Segretario: Sergio Bontempi

Consiglieri: Patrizia Biscaro, Federica Bortoletto, Andrea Carisi,

Alessandra De Pieri, Margherita Folin, Mario Iannotta,

Giuliano Marangoni, Carlo Masato, Chiara Rizzo, Mario Vidal.

Revisori dei conti: Degan Mario Vivian Eddie Zanardo Adriano

PAGINA 3

L'EDITORIALE

di Luigino Schiavon

PAGINA 4

LA MONGOLFIERA

di Francesca Fabris

PAGINA 5

Accertamento infermieristico del dolore nel paziente demente con gravi deficit cognitivi

di De Biasio Katia

Documenti, articoli, lettere, dovranno essere inviati all'indirizzo E-Mail : ipasvive@tin.it

In formato Word.

Il comitato di redazione ne valuterà la pubblicazione.

PAGINA 6

Prevenzione di episodi di agitazione psicomotoria legati a prestazioni infermieristiche nel soggetto affetto da malattia di alzheimer

di Silvia Sacilotto

PAGINA 7-8

Proposta di un clinical pathway per la cura degli occhi del paziente non cosciente o sedato

di Barbara Balsarini

PAGINA 9-10-11

L'infermiere di comunità un ruolo e una presenza tra la gente: ambulatorio di comunità

di Maurizio Memo

PAGINA 12

Il futuro dentro ad un microcip

di Carlo Masato

PAGINA 13

Corso di lingua italiana per infermieri stranieri



RAPPORTI NUMERICI

EDITORIALE

Ho letto con molto interesse un articolo comparso sull'ultimo numero de "Il giornale della previdenza dei medici e degli odontoiatri" (anno VII- n.7 -2005, 14/15) in cui si solleva, con una chiarezza che non attendevo da parte di una rivista organo dell'ENPAM (ente previdenziale dei medici), il problema dei "numeri" e dei "rapporti numerici" fra le diverse categorie professionali. Il titolo introduce con evidenza la questione : " Troppi medici, dentisti in crisi e pochi infermieri" e prosegue esemplificando ancor più chiaramente: "...medici, dentisti infermieri. È dura, i medici sono troppi; i dentisti stanno perdendo clienti che sembra preferiscano, in molti casi, recarsi in Ungheria o in Croazia per risparmiare; gli infermieri sono pochi...". Ma quali sono i numeri? Secondo i dati OCSE 2003 in Italia abbiamo un numero di medici quasi doppio rispetto agli altri "paesi sviluppati" : in Italia sono 4,1 ogni mille abitanti, in Giappone solo 2 ogni mille abitanti, 2,3 negli Stati Uniti, 2,1 in Canada, in Francia 3,4 come in Germania, 3,2 in Spagna, 2,9 in Danimarca, 2,2 in Gran Bretagna ed 1,4 in Turchia. Basta fare alcune semplici proporzioni per scoprire che, se in Italia fosse adottato il parametro inglese, ci sarebbero circa 14.000 medici in sovrannumero, se fosse invece adottato quello francese o tedesco i medici in più sarebbero "solo" 4500. Questi dati , espressione di un evidente difetto di proporzionalità, pongono con forza la necessità di aprire una discussione sui modelli assistenziali, anche senza voler entrare nel merito del carico economico che deriva da questo assetto dell'assistenza sanitaria. E noi come stiamo? Proseguendo nell'articolo si legge: " Nel nostro paese il numero degli infermieri è tra i più bassi in assoluto con soli 5,9 infermieri ogni mille abitanti". Ben diversa la situazione in Europa: in Irlanda sono 14,8, in Islanda 13,7, in Olanda il 12,8, in Svizzera il 19,7. Sorgono spontanee alcune considerazioni. Prima considerazione : l'oggettivo eccesso della componente medica condiziona i modelli organizzativi ed assistenziali? Seconda considerazione : il ridotto numero degli infermieri indica una scarsa attrazione verso la nostra professione da parte dei giovani, quali ne sono i motivi? Le risposte possono essere molteplici: è indubbiamente difficile per la nostra professione crescere a fronte di un pesantissimo " tappo" che ne ostacola lo sviluppo, ricordando sempre come il peso politico della categoria medica sia notevole rispetto alla debole forza del ruolo infermieristico. Questo non deve indurre ad assumere una posizione vittimistica o di autocommiserazione, né è utile attendere che ci venga riconosciuto un ruolo solo perché le norme lo definiscono. La vera prospettiva di sviluppo sta nell'iniziativa professionale, sia che essa si manifesti nel costruire progetti, nella proposta di nuove modalità operative o di modelli organizzativi innovativi, mutuati dall'esperienza professionale maturata negli anni e rapportati ai nuovi bisogni di salute. Sempre più diviene indispensabile utilizzare gli strumenti della ricerca, della sperimentazione, del confronto scientifico, per dare concretezza ed oggettiva visibilità al nostro agire professionale. Non sta a me ricordare, ma è importante che ciascuno di noi lo ricordi sempre, come il nostro gruppo professionale abbia pienamente questa potenzialità al proprio interno, ma debba avviare un processo, non autoreferenziale ma espressione di spinta verso il cambiamento del sistema-salute, che possa essere riconosciuto con chiarezza all'interno della politica e delle organizzazioni.

Luigino Schiavon

LA MONGOLFIERA



Col 2002 si è aperto un nuovo capitolo nella storia della mia vita che mi ha fatto lasciare indietro il passato e mi ha catapultato in un futuro che fa paura ai più. Da due anni ero infermiera (chiamata a cui avevo risposto), professione che svolgevo con passione, animata da costante e continuo desiderio di essere di aiuto per gli altri. Improvvisamente mi sono ritrovata dall'altra parte: ammalata -a 24 anni- di quella cosa che oggi tanto spaventa, ma che è così comune. Sì, di tumore, ma un tumore ritenuto curabile e guaribile... intanto sono passati tre anni di chemio, radio, autotrapianto di cellule staminali e la malattia c'è ancora. Qualcuno avrebbe potuto arrabbiarsi, dire "perché proprio a me?", chiudersi in se stesso, prendersela col Signore. A me non è successo così. Anzi, mi è venuto spontaneo considerare questa esperienza come un dono e ringraziare il Signore di aver affidato anche a me una prova così dura ma così importante. Sì, importante, perché il Signore ci ha creati e il Suo amore per noi è talmente grande che sicuramente non ci tiene qui sulla terra per vederci soffrire, ma ci assegna dei compiti ogni giorno; non secondo il caso, ma per motivo che a noi è sconosciuto ed incomprensibile ma che capiremo una volta che avremo lasciato questo mondo. Molti sono stati i momenti di sconforto e scoraggiamento dati dai lunghi ricoveri in ospedale, dalle lunghe assenze dalla vita sociale e lavorativa. Ma quando potevo ripresentarmi in pubblico-perché il mio sistema immunitario, le mie gambe, il respiro tutti gli altri effetti collaterali della chemio me lo permettevano- a chi mi chiedeva "come stai?" rispondevo non scaricandogli addosso le mie sofferenze, la lista interminabile di contrattempi che ogni giorno capitavano, ma col sorriso sulle labbra "bene!". Molti mi dicono che non sembro malata da come reagisco e molti mi chiedono come riesco ad affrontare questa esperienza. Merito mio, del mio carattere, di mia mamma che ha vissuto con me attimo per attimo questi anni? No, è solo grazie al Signore a cui mi sono sempre rivolta ed affidata. Quando mi sono messa nella mani del Signore e ho detto "sia fatta la Tua volontà", l'unica cosa che Gli ho chiesta è stata quella di riuscire ad accettarla qualunque essa fosse. Quando ti affidi al Signore, accetti qualsiasi prova Lui ti invii, proprio perché ti fidi di Lui. Nei momenti più drammatici, soprattutto quest'anno, quando sono stata quaranta giorni in ospedale confusa e disorientata dai farmaci, terrorizzata dai medici ed infermieri per il timore che mi volessero uccidere, l'unica consolazione la ottenevo guardando il crocifisso e chiedendo aiuto a Gesù. Lui era lì seduto sul mio letto ho sentito la Sua presenza e anche adesso Lui continua a vivere accanto a me. Mi sopraggiungeva così un'immensa serenità, impossibile a pensarla prima, ma reale. Due volte mi è successo che, dopo essermi rivolta a Gesù, sia sopraggiunto in camera il Cappellano per una preghiera e l'Eucaristia. Coincidenza? I primi mesi dell'anno sono stati duri, i medici non mi davano speranza di sopravvivere; avevo visto tanti malati come me andarsene per cui avevo cominciato ad elaborare che forse presto sarebbe accaduto anche a me. In questo avevo convinto anche mia mamma. Ma non ero spaventata, anzi; quasi quasi, mi sarei sentita anche pronta a lasciare il mio letto di dolore per raggiungere il nostro Padre Celeste, essere accolta nel Suo abbraccio di amore e misericordia infinite e contemplare il Suo volto di luce. Ora magari penso di non poterne essere degna. Ma non era ancora giunta la mia ora, di certo grazie anche alle preghiere delle moltissime persone che ho incontrato in questi anni, che prima non conoscevo e su cui mai avrei pensato di poter contare, ma che invece si sono rivelate preziosissime con la loro discrezione ma anche con la loro assiduità nella preghiera. Molti veri amici, o che pensavo tali, li ho invece persi per strada forse perché più spaventati di me. Questa esperienza mi ha aperto gli occhi e l'ho paragonata ad una mongolfiera che per volare in alto deve scrollarsi di dosso tutta la zavorra, le cose futili e materiali che ti distolgono dall'obiettivo che il Signore ti ha dato. Così ho imparato a vivere giorno dopo giorno, senza far programmi, apprezzando le cose semplici e quotidiane come camminare, mangiare da sola gustando i cibi, ricevere visite: percependo tutto ciò come dono di Dio. Ringrazio Gesù per avermi dato un'altra possibilità: quale sia la mia missione non so, ma so anche che con la mia mano nella Sua non avrò paura.

Francesca Fabris

ACCERTAMENTO INFERMIERISTICO DEL DOLORE NEL PAZIENTE DEMENTE CON GRAVI DEFICIT COGNITIVI

Di De biasio Katia

INTRODUZIONE Quando la malattia ha rubato la cognitività e la parola risulta difficile, alla persona demente con gravi deficit cognitivi, comunicare e farsi comprendere. Non è più in grado di dirci direttamente che qualcosa non va e le richieste d'aiuto sono celate dietro a comportamenti anomali o espressioni, così sfumate ed impercettibili, che possono finire per non essere ascoltate e/o considerate. Disporre quindi, nel proprio contesto lavorativo, di strumenti scientificamente validi, per accertare in maniera oggettiva una condizione dolorosa in tali pazienti, rappresenta senza dubbio un aiuto per l'infermiere che gli permette di garantire un'assistenza qualificata continuando a dar dignità al demente, affinché possa sentirsi considerato fino alla fine "Persona". **PROBLEMA** Il dolore nel paziente demente, e soprattutto con gravi deficit cognitivi, è un ambito di grande interesse e ha meritato esplorazione e approfondimento, visto ancora la limitata diffusione delle conoscenze in merito. Per studiare tale ambito, è stato somministrato un questionario a 97 infermieri di 17 residenze per anziani, che assistono pazienti istituzionalizzati affetti da demenza con gravi deficit cognitivi ($M.M.S.E. \leq 10$). I dati ottenuti dal questionario hanno dimostrato come attualmente gli infermieri, per accertare la presenza di una condizione dolorosa, non utilizzino uno strumento preciso e specifico, ma adottino sistemi di rilevazione individuali, basati su criteri personali e soggettivi. Tale accertamento infatti, viene condotto ancora senza seguire una precisa modalità di rilevazione, restando una difficoltà per l'infermiere, che cerca di fronteggiare con parametri del tutto arbitrari come: la percezione personale o le indicazioni e i suggerimenti forniti da terze persone che possono essere altri operatori o familiari che assistono la persona stessa. Si incorre così, nel rischio di adottare modalità di rilevazione non omogenee e giungere a valutazioni conclusive poco precise, influenzate dalla soggettività di ciascun rilevatore. Analizzando meglio tale problematica si è visto che le cause sono imputabile alla mancata conoscenza e disponibilità, da parte degli infermieri, di strumenti di cui valersi. **OBIETTIVO** Ci si è posti quindi come obiettivo, con tale progetto di tesi, di far conoscere e introdurre nell'ambito professionale infermieristico, e in modo specifico in quello delle istituzioni, uno strumento oggettivo che potesse guidare l'infermiere nella rilevazione del dolore nei casi così complessi di demenza avanzata. **STRATEGIA SCELTA** Per affrontare tale problematica è stato organizzato, per gli infermieri della residenza per anziani "G. Francescon" di Portogruaro che hanno partecipato alla sperimentazione del progetto, un momento formativo con un consulente infermieristico, nel quale è stato analizzato il problema dell'accertamento del dolore in tali pazienti, è stata presentata una specifica scala oggettiva ed è stata proposta la sua introduzione nella realtà operativa. La ricerca bibliografica, condotta per l'individuazione di tale scala, ha fatto emergere come la letteratura italiana sia ancora priva di uno strumento oggettivo da poter applicare a tali persone. E' stato così necessario tradurre, seguendo l'iter scientifico e quindi con un gruppo di lavoro, una scala americana di recente realizzazione che è la *Pain Assessment in Advanced Dementia (PAINAD) Scale* adapted from: Warden V, Hurley AC, Volicer L, 2003, nata specificatamente per la rilevazione del dolore nei pazienti con demenza avanzata. Questa scala si pone come scopo di condurre l'accertamento dell'infermiere aiutandolo a focalizzare l'attenzione su precisi indicatori, permettendogli così cogliere determinati segni e di guidare in modo attendibile il ragionamento diagnostico. **RISULTATI OTTENUTI** I dati emersi, al termine dello studio, hanno dimostrato risultati sicuramente soddisfacenti. L'introduzione di tale scala ha innanzitutto permesso agli infermieri, che hanno partecipato al progetto, di sviluppare nuove conoscenze in merito agli strumenti esistenti in letteratura, per l'accertamento oggettivo del dolore a tali pazienti, ed adottare uno strumento esclusivo. Tale scala è stata utilizzata dal 90% degli infermieri (10% in più rispetto alle aspettative) dei quali il 40% ha dichiarato, dopo solo due mesi di utilizzo, di essere riuscito ad integrarla nella propria pratica professionale, verificandone l'utilità e sperimentando concretamente il valore fornito dallo strumento proposto. Con l'introduzione della *PAINAD Scale* si è dimostrato così, che è possibile far acquisire agli infermieri un metodo sistematico di accertamento del dolore per tali pazienti e rendere più omogenea la modalità di rilevazione del dolore, migliorando la qualità dell'assistenza infermieristica nell'accertamento del dolore e il conseguente trattamento.

De Biasio Katia

“PREVENZIONE DI EPISODI DI AGITAZIONE PSICOMOTORIA LEGATI A PRESTAZIONI INFERMIERISTICHE, NEL SOGGETTO AFFETTO DA MALATTIA DI ALZHEIMER”

Di Silvia Sacilotto

L'agitazione psicomotoria nel paziente affetto da malattia di *Alzheimer* è di grande rilevanza nel rapporto paziente-infermiere, ove il problema, oggi ancora irrisolto, è scatenato da procedure sanitarie necessarie, ma generanti ansia elevata nel malato e responsabili di conseguenze dannose per lo stesso, ma anche per l'infermiere che adempie ai propri compiti. Il disturbo si esplica in tre distinti livelli di diversa intensità: il minore, l'ansietà/irrequietezza, l'intermedio, l'aggressività verbale, il più grave, l'aggressività fisica, contro sé stesso, contro l'infermiere o contro un altro ospite. Ne deriva un senso di derealizzazione e frustrazione nell'infermiere, la non esecuzione o il rinvio delle prestazioni o raramente la temporanea contenzione per l'esecuzione delle stesse. Il Nucleo Alzheimer di Villanova di Fossalta di Portogruaro subisce il fenomeno ma permette l'esclusione causale di un ambiente inadeguato o di errori comportamentali del personale infermieristico. 10 ospiti su 13, tuttavia, per 3 settimane dell'intero mese di misurazione con scala dei disturbi comportamentali, presentano agitazione psicomotoria durante le prestazioni clinico-sanitarie messe in atto dall'infermiere:

- nr. 5 soggetti manifestano il livello di bassa intensità, “ansietà/irrequietezza”;
- nr. 4 presentano il livello medio, di “aggressività verbale”;
- nr. 1, il livello di alta intensità, l' “aggressività fisica”.

Obiettivo della proposta progettuale è la prevenzione di tali episodi, potendo garantire l'attuazione delle prestazioni. Per il perseguimento dell'obiettivo, l'infermiere attua una tecnica “distraente”: prima che la prestazione abbia inizio porge al paziente un ausilio dalla forma ergonomica, di colore blu elettrico, di neoprene e gomma espansa, un semicerchio impugnabile contemporaneamente da due persone, con caratteristiche strutturali che incuriosiscono il paziente, il quale, rivolge l'attenzione all'oggetto spostandola dalla prestazione e così evitando il fenomeno agitato. La scala di misurazione dell'efficacia della tecnica comportamentale permette di analizzare attraverso l'annotazione di simboli positivi o negativi, l'efficacia del testimone distraente sperimentato nei 10 soggetti all'interno del campione osservato. Ne consegue che dei 5 soggetti con ansietà/irrequietezza, 4 rispondono positivamente alla tecnica distraente, nella reazione di aggressività verbale i risultati si eguagliano, mentre nell'unico soggetto con aggressività fisica il risultato è nettamente negativo. La tecnica si dimostra efficace nel livello minimo di agitazione psicomotoria, ha ottenuto una riduzione del 50% del problema nel grado di aggressività verbale, non distrae invece il solo caso osservato di aggressività fisica.

Il “testimone distraente” si dimostra essere efficace nel 60 % dei casi, tuttavia, data la ristrettezza del campione preso in esame al Nucleo *Alzheimer*, si rende necessaria un'ulteriore validazione in un più vasto campionamento di soggetti. L'episodio è prevenibile e la tecnica è vantaggiosa per la facilità di applicazione con costi contenuti (un pezzo = euri 02,50), oltre che per gli indubbi risultati positivi ottenuti, permettendo l'erogazione di prestazioni necessarie al soggetto senza incorrere in un effetto catastrofico del paziente che in altro modo non riesce ad esprimere la propria emotività.

Silvia Sacilotto

PROPOSTA DI UN CLINICAL PATHWAY PER LA CURA DEGLI OCCHI DEL PAZIENTE NON COSCIENTE O SEDATO

Di Barbara Balsarin

INTRODUZIONE

La cura degli occhi è una *procedura di nursing* di base per i pazienti sedati o non coscienti che si basa sulle D.I. di **“Rischio di alterazione dell'integrità del tessuto corneale correlato a secchezza corneale e scarsa produzione lacrimale”** e di **“Rischio di infezione oculare correlato ad aumentata suscettibilità dell'occhio”** e ha come intento quello di prevenire le complicanze oculari quali traumi, abrasioni, infezioni. I pazienti ricoverati in Terapia Intensiva-Rianimazione, in stato di incoscienza possono manifestare in breve tempo alterazioni più o meno gravi all'epitelio corneale, se non vengono trattati adeguatamente e tempestivamente. La combinazione tra la limitata chiusura palpebrale, a causa dell'ipotonia del muscolo orbicolare, e la riduzione della mobilità spontanea dei bulbi oculari (con conseguente perdita del riflesso dell'ammicciamento), può esporre la cornea e tutte le strutture oculari al rischio di *essiccamento*. L'essiccamento oculare secondario ad evaporazione del film lacrimale è la causa principale di tutte le complicanze oculari dei pazienti sedati o non coscienti e il mancato riconoscimento delle stesse può sfociare, nei casi più gravi (ad esempio nel caso di ulcerazione o perforazione corneale), in una riduzione della capacità visiva molte volte irreversibile. Il paziente critico è estremamente vulnerabile sotto tutti i punti di vista e dato l'alto livello di dipendenza che palesa, l'assistenza infermieristica va pensata come una costante attenzione a tutti i suoi bisogni e problemi. I pazienti che si trovano in uno stato di sedazione o non coscienza dunque rappresentano un gruppo ad alto rischio di sviluppare patologie oculari, appunto per questo dipendono dalle cure oculari eseguite dagli infermieri per mantenere l'integrità del tessuto corneale. Dai *dati epidemiologici internazionali* emerge che: il 60% dei pazienti in ICU può manifestare lesioni oculari specie se la sedazione dura più di 48 h e se la degenza dura più di 7 giorni. Il 36% dei pazienti ventilati meccanicamente è esposto al rischio di infezioni congiuntivali da *Pseudomonas Aeruginosa* proveniente dalle vie aeree superiori. L'11% dei pazienti è esposto al rischio di infezioni oculari crociate durante gli interventi di aspirazione tracheo-bronchiale e di intubazione-estubazione. Il campione (indagine epidemiologica compiuta presso le U.O. di Rianimazione di San Donà e Portogruaro dell'Az ASSL n 10 e presso l'U.O. di Rianimazione Generale del Policlinico S.Orsola-Malpighi di Bologna) è composto da 30 *pazienti* ed è risultato essere omogeneo per sesso ed età. Dall'*analisi descrittiva* del campione è emerso che: il 96,7% dei pazienti era intubato e ventilato, il 60% era sedato, il 63,3% era non cosciente, nessun paziente è stato curarizzato. Per mezzo di una *scheda di rilevazione del rischio* è stato possibile raccogliere i dati sulla comparsa e/o la presenza di uno o più segni di alterazione oculare (tra le 19 presentati), per 6 giorni (di media) consecutivi all'ingresso in ICU. La scheda utilizzata richiede: il codice paziente, il sesso, l'età, lo stato al momento della rilevazione (IOT-INT, sedazione, non coscienza, curarizzazione, ventilazione meccanica), trattamento scelto (tra quelli proposti ovvero: cura degli occhi durante l'igiene del viso, toilette con soluzione salina, istigazione di farmaco *spm*, chiusura meccanica delle palpebre specificandone la modalità). Ogni giorno ci sono 3 cambi turno, nel caso di mancata rilevazione si è considerata la rilevazione ad uno dei 3 turni come stima di quella dell'intero giorno esaminato. Dopo un'iniziale presenza delle manifestazioni di danno oculare, a partire dal 3° giorno tutte le manifestazioni di alterazione oculare si riducono notevolmente fino a quasi scomparire al 6° giorno. Esaminando i trattamenti usati dagli infermieri, affiora che l'intervento più scelto e cura degli occhi durante l'igiene del viso (83,3%), la chiusura palpebrale con garza è il trattamento meno scelto dagli infermieri (20%). Viene più utilizzato il cerotto (30%) nella chiusura meccanica delle palpebre, poco meno della metà, dei pazienti viene trattato con soluzione salina o con un trattamento farmacologico (rispettivamente 43,3% e 40%). Tra i farmaci quello più utilizzato è il *Belzaconio-Metilcellulosa* (Lacrimart) (67%). Appare dall'analisi dei dati relativi ai trattamenti la notevole *arbitrarietà* e *discontinuità* nella scelta e nell'applicazione dei trattamenti, inoltre le manifestazioni di danno non sono influenzate dal trattamento applicato e non si impone nemmeno la necessità di adottarne uno a discapito degli altri.

MATERIALI E METODI La ricerca bibliografica è stata eseguita consultando banche dati e biblioteche telematiche: ACN (archivio collettivo nazionale dei periodici), Mai Metaopac Azalai, NGC, Gimbe, medline, Cochrane library, Joanna Briggs Institute, PubMed, Biomed Central, BJO online, CDC di Atlanta, MedScape (Nursing Med Pulse), NLM, New Zeland Guidelines Group, PMC, PNLG, CSeRMEG (centro studi di medicina generale), BioMed Central. *Criteri di inclusione nello studio*: intubazione (IOT-INT), ventilazione (assistita o controllata), sedazione o non coscienza, nessun limite di età; inoltre ai fini della ricer-



un'analisi demografica del campione (utilizzando il Test non parametrico *U di Mann-Whitney* per due campioni indipendenti), successivamente un'analisi descrittiva dello stesso e uno studio sulla significatività dei trattamenti utilizzati dagli infermieri (P-value ottenuto con il Test esatto di Fischer). I dati sono stati ottenuti con il software SPSS 12.0 (*Statistical Package for Social Science*) e con la collaborazione dell'Istituto di Statistica dell'Università degli Studi di Bologna.

RISULTATI Dall'indagine quantitativa compiuta è emerso che su 30 pazienti valutati (presi in esame nelle U.O. oggetto di studio) tutti hanno manifestato uno o più segni di modificazione oculare. Nessuno tuttavia, ha presentato i segni gravi di ulcerazione o perforazione corneale. L'indagine ha riguardato le manifestazioni più frequenti al 1°-3°-6° giorno di degenza e già dopo 6 ore si manifestano i primi indicatori di discomfort oculare. merge che ad oggi gli infermieri non adottano procedure standardizzate per eseguire l'assistenza oculare al paziente non cosciente; essi infatti, modificano o scelgono il trattamento (terapeutico o preventivo) oculare in modo del tutto arbitrario. Tuttavia, dall'investigazione compiuta nelle realtà ospedaliere citate in precedenza, si evince che tutti i pazienti (del campione stimato) ricevono cure assistenziali agli occhi (rispetto a ciò che dice la letteratura dove, al contrario, si sottolinea la carenza di attività infermieristiche rispetto al problema presentato). Tutti i segni di discomfort oculare scompaiono al momento della dimissione. Nessun paziente (almeno secondo l'indagine condotta) ha manifestato segni di alterazione del tessuto corneale grave, con le sequele spesso definitive e invalidanti e con i deficit della capacità visiva (ulcerazione, perforazione corneale) descritti invece in letteratura. Si deduce che il comportamento degli infermieri delle 3 U.O. è positivo ciò nonostante, il loro agire (proprio perché arbitrario) non assicura che il paziente stia meglio o che non manifesti altre problematiche oculari. Emerge chiaramente dai dati che non c'è un trattamento che abbia una maggiore significatività rispetto ad un altro tra quelli che gli infermieri potevano scegliere (cura degli occhi durante l'igiene del viso, toilette con soluzione salina, chiusura palpebrale, trattamento farmacologico), per cui non affiora la necessità di adottarne uno in particolare a discapito degli altri. Ciò nonostante, la caratteristica peculiare del non operare per protocolli consiste proprio nell'impossibilità da parte dell'infermiere di garantire il risultato che vuole ottenere per il paziente del quale è responsabile. Si può dire che verosimilmente le degenerazioni oculari sono diminuite fino a scomparire perché c'è un livello buono di assistenza di base ma nessun operatore al momento è in grado di garantirne l'esito: ci si affida all'esperienza acquisita sul campo e alla logica del "si è sempre fatto così". Usando il piano standard "Clinical Pathway" con 2 pazienti (si tratta di una ricerca solo rappresentativa per confutare i dati emersi dall'analisi eseguita) è venuto a galla che il paziente guarisce in brevissimo tempo (dopo poche ore dall'applicazione si vede già la differenza) nel caso abbia già qualche alterazione oculare al momento del ricovero e mantiene l'integrità del tessuto corneale senza presentare segni di infezione per tutto il periodo di degenza. Dall'utilizzo sperimentale è risultato che attraverso l'uso di tutti gli interventi eseguiti da tutti gli operatori, si possono prevenire le complicanze oculari e/o queste si risolvono nel caso in cui il paziente già le presenti. E' l'armonia tra tutti questi interventi a dare e [garantire](#) dei risultati in termini di Salute al paziente. Confrontando i dati ricavati dall'analisi del comportamento degli infermieri con ciò che è risultato dall'applicazione del piano standard, posso affermare che affrontare il problema della perdita dei meccanismi protettivi oculari nel paziente di rianimazione attraverso delle azioni ordinate in sequenza, con una disposizione logica, realizzate dopo un adeguato accertamento, e supportate da motivazioni scientifiche, porta in breve tempo dei risultati valutabili quantitativamente. Anche se il campione al quale ho applicato il clinical pathway (con la collaborazione degli infermieri della Terapia Intensiva dell'ospedale di S.Donà) è sicuramente ridotto (2 pazienti) se ne possono già notare i benefici derivanti dall'uso, rispetto al non impiegarlo. Entrambi i pazienti hanno ricevuto un'assistenza infermieristica appropriata, corrispondente agli interventi descritti nel piano ed ambedue hanno ottenuto vantaggi in termini di Salute, in quanto hanno subito una drastica riduzione delle manifestazioni di sofferenza oculare. Inoltre, l'applicazione sperimentale e le spiegazioni fornite sul clinical pathway ha consentito agli infermieri di accostarsi alla nuova modalità operativa e di sensibilizzarsi al problema posto. Con la [standardizzazione](#) l'infermiere può rafforzare la propria competenza e autonomia professionale non solo nel campo delle attività da svolgere ma anche in quello dei risultati che si vogliono ottenere e sui metodi per controllarli.



L'INFERMIERE DI COMUNITA' UN RUOLO E UNA PRESENZA TRA LA GENTE: AMBULATORIO INFERMIERISTICO DI COMUNITA'.

di Maurizio Memo

La realizzazione di servizi pubblici innovativi e alternativi al ricovero e all'istituzionalizzazione ha incontrato il massimo sviluppo negli anni '70 in concomitanza con la valorizzazione dei principi della prevenzione e della tutela del benessere della persona in quanto tale. Le organizzazioni di servizio sono state sollecitate in quegli anni ad operare per obiettivi anziché per prestazioni o compiti. Tuttavia nel ventennio successivo questi servizi hanno versato in condizioni di difficoltà e di cronica carenza di mezzi e personale e, quel che è peggio, non hanno sviluppato uno "stile organizzativo" scientificamente fondato per tener controllata la loro convenienza socio-economica. E' ormai universalmente riconosciuto che l'ospedalizzazione, specialmente per tempi protratti, comporta per il soggetto una serie di problematiche che non sono legate strettamente ai bisogni sanitari, quanto ai bisogni relazionali. L'allontanamento dal nucleo familiare e sociale, la rinuncia totale alle proprie abitudini di vita, la forzata spersonalizzazione dell'ospedale, incidono sulla psiche dell'individuo, provocando una serie di reazioni a sfondo depressivo o aggressivo tipiche della sindrome da abbandono. A rischio risultano gli anziani e i bambini, categorie di utenza portate più di altre, per motivi naturalmente diversi, a una maggiore sensibilità nei riguardi della solitudine. Se l'attuale attenzione per le cure a domicilio è tesa principalmente ad evitare i ricoveri impropri e l'emarginazione, nonché a promuovere il mantenimento e il potenziamento delle relazioni sociali dell'utente disabile, è chiaro che un servizio di assistenza domiciliare si trova ad affrontare una molteplicità di problematiche che vanno oltre la sfera prettamente sanitaria. E del resto il concetto di salute, quale equilibrio fra fisico, psiche e ambiente, sottintende una stretta relazione fra le tre componenti: quando una persona si ammala, anche il suo equilibrio psichico in qualche modo si spezza, comportando una modificazione dei rapporti familiari e sociali. Non ultimo, subentra anche il problema economico, tant'è che è noto che la povertà crea la malattia, ma anche che la malattia crea povertà. Ne deriva che nell'attuare un intervento di assistenza domiciliare devono essere prese in considerazione una serie di problematiche che scaturiscono dai diversi bisogni dell'utenza da assistere. **Dall'Assistenza Infermieristica domiciliare all'infermieristica di comunità** La necessità di avviare un processo di concretizzazione di alcuni modelli infermieristici concettualmente teorici in operatività quotidiana ad uso infermieristico, finalizzati ed intesi come piattaforma di lancio per l'evoluzione degli strumenti a disposizione della scienza infermieristica è un argomento che mi ha seguito e stimolato nella mia professione. La grande spinta innovativa, nata negli anni 90 come necessità di evoluzione e di ricerca di un proprio status sociale e di affermazione nel mondo accademico e scientifico ha sconvolto l'arcaico modo di interpretare operativamente l'infermieristica. La costituzione dei primi Servizi Infermieristici Aziendali, di Presidio e del Territorio con la L.R.56, e l'emanazione a livello nazionale di norme innovative come:

- Il nuovo profilo professionale DMS 14/9/94 n. 739, la riforma del percorso

Legge 42/99 Disposizioni in materia di professioni sanitarie

Codice Deontologico dell'infermiere 1999

Legge 10 agosto 2000, n.251

L'attivazione del percorso formativo che si conclude con la tanto attesa Laurea Infermieristica sono stati la scintilla che ha risvegliato una nuova consapevolezza del proprio ruolo infermieristico nella società. L'insieme dei suddetti eventi legislativi si sono rivelati ben presto di una portata così innovativa e futuribile, soprattutto nel territorio dove maggiore risulta essere l'autonomia dell'infermiere, da fondare i presupposti per poter scardinare l'obsoleta organizzazione infermieristica. Quando strumenti giuridici e cultura diventano patrimonio di una professione si aprono nuovi orizzonti tali da poter immaginare più vicini e realizzabili scenari di una più moderna organizzazione infermieristica nel territorio in particolare a Venezia. Come si possono disegnare mappe di salute senza il contributo infermieristico? E come possiamo fattivamente contribuire alla realizzazione di una mappa epidemiologica? Con quali soggetti presenti nel nostro quotidiano dobbiamo interfacciare la nostra conoscenza? Quale potrà essere il modello organizzativo più consono? Tali domande prevedono implicitamente delle risposte chiare: l'azione infermieristica preventiva educativa deve svilupparsi e concretizzarsi in un modello concettuale nuovo e più incisivo e più vicino possibile ai bisogni del cittadino utente. L'approccio territoriale dovrà essere: efficace, decentrato soprattutto nell'allocatione delle risorse, con una forte caratterizzazione metodologica di tipo olistico, non solo nei confronti del paziente parzialmente e totalmente dipendente, ma rivolto a tutta la famiglia che lo assiste. L'Ambulatorio Infermieristico di Comunità Caratteristiche: *L'ambulatorio infermieristico assieme all'ADI, di cui è parte integrante, serve ad assicurare alla popolazione in un contesto territoriale in cui il paziente trova difficoltà nel raggiungere i punti di cura un'assistenza infermieristica generale, a carattere continuativo, comprensiva anche della*

Obiettivi 1 Incrementare le possibilità assistenziali infermieristiche a livello di sestiere o zona ; **2** Facilitare l'accesso degli utenti alle prestazioni infermieristiche ; **3** Essere referente per le associazioni di volontariato; **4** Contribuire al mantenimento degli utenti anziani al domicilio attraverso l'elaborazione di piani assistenziali concordati ed in collaborazione col MMG, e col personale di supporto (OSS) con lo scopo di evitare o ritardare ospedalizzazioni non necessarie, e favorire dimissione precoci; **5** Promuovere il coinvolgimento attivo del paziente e della famiglia attraverso la diffusione di principi educativi e sanitari. **Il target (ovvero la classificazione dei pazienti eleggibili per l'AIC)** In genere si tratta di un'utenza che per ragioni sociali e/o sanitarie non possono raggiungere i servizi a causa di barriere architettoniche, ma che non giustificano l'accesso infermieristico domiciliare o di altri operatori perché il paziente deambula . **La presa in carico** La segnalazione è fatta principalmente dall'equipe infermieristica di comunità SID che assieme al medico curante può organizzare, utilizzando il personale addetto, il sistema volontariato, o i caregivers a provvedere all'accompagnamento presso l'ambulatorio infermieristico del paziente. **Funzioni , prestazioni ed attività dell'infermiere di Ambulatorio Infermieristico:** **a** Collaborazione ed interfacciamento con la Medicina di gruppo e le Associazioni Mediche Territoriali ; **b** Accessi congiunti con il MMG al domicilio dei pazienti che necessitano di un particolare monitoraggio; **c** Accesso ospedaliero, RSA, Ospedale di Distretto in caso di dimissione protetta; **d** Svolgimento di attività di informazione ed orientamento ai servizi dell'Azienda; **e** Promozione , elaborazione di interventi di educazione sanitaria rivolti alla popolazione a rischio o affette da malattie dimetaboliche (diabete, ipertensione arteriosa ecc.); **f** Monitoraggio e prevenzione degli effetti di patologie a lunga evoluzione (monitoraggio glicemico, rilevazione PAO, prevenzione e cura del piede diabetico); **g** Medicazioni lesioni vascolari; **h** Vaccinazioni antinfluenzali; **i** Prelievi ematici per monitoraggio parametri ematochimici di pazienti che deambulano con difficoltà; **l** Terapia Endovenosa ; **m** Controllo Pacemaker ed elettrocardiografia in modalità telematica; **n** Spirometrie per monitoraggio BPCO; Oggi si impone altresì una profonda revisione culturale nell'infermieristica in particolare nell'approccio scientifico nell'individuare i bisogni di salute dei Cittadini. Quindi non solo un'infermieristica mera erogatrice di semplici prestazioni ma un'infermieristica che risponde con autonomia e responsabilità ai macro e micro obiettivi assistenziali. Se da un lato il lavoro in equipe è stato l'elemento determinante che ha caratterizzato il cambiamento a nell'Assistenza Domiciliare a Venezia negli anni 90 dall'altro si impone la ricerca di un modello organizzativo "avanzato ed innovativo" com'è la costituzione di Ambulatori Infermieristici di Comunità , che si interfaccino più concretamente , da un lato con i nuovi bisogni di salute dei cittadini , e dall'altro, con i nuovi modelli di organizzazione delle Associazioni di Medicina Generale e di Comunità. Quando negli anni 90 dedicavo la mia attività di docente nelle scuole infermieristiche della nostra Azienda, frequentemente mi veniva fatto notare , da parte degli allievi, la netta discrepanza tra teorie apprese durante le mie lezioni e realtà operativa rilevata durante il tirocinio clinico svolto nei reparti. Sviluppare sistemi di organizzazione del lavoro immaginando nuovi scenari operativi, come ad esempio la pianificazione assistenziale per obiettivi superando il classico lavoro parcellizzato "per compiti", risulta assai più semplice in ambito territoriale, dove si evidenzia di più l'autonomia e la responsabilità diretta sul paziente dell'infermiere rispetto al lavoro in ambito ospedaliero. Tali i servizi in "in miniatura" devono mantenere inalterate le funzioni di una attività distrettuale creando delle micro attività con autonomia funzionale in grado di elaborare una risposta completa di prevenzione , diagnosi , cura e riabilitazione. Non escludo che vi possa esserci un domani anche la presenza di altre figure (personale della riabilitazione, medici specialisti ecc.) . Il futuro, ne sono certo, sarà la nascita di unità **multidimensionali** e **multiprofessionali** di comunità (U.M.C.) oggi però come infermieri siamo chiamati a raccogliere questa sfida , ad essere la testa di ponte che porta a modelli futuribili . **La dotazione minima presente nell' ambulatorio**

Vetrinetta per la conservazione dei farmaci : pomate, siringhe ecc., Lavandino, **Letting**, Kit monouso (già in dotazione al SID) per le attività infermieristiche es : ceterismo vescicae, telini monouso ecc., **Toilettes**, Computer collegato per la trasmissione dati anche con GPRS (il software è già pronto) Office multiscan, **Telefono e Ceulare Dedicato**, Sfigmomanometro e fonendoscopio, **Eventuali apparecchiature**, Armadietto personale con chiave.

Cambiare cultura e approccio ai temi della salute assieme alla gente significa individuare due fasi operative a) **Fase strutturale** - ovvero l'individuazione degli spazi necessari ed idonei allo svolgimento delle attività ;b) **Fase culturale** – di ridefinizione del ruolo infermieristico : questa nuova idea di interpretare un'infermieristica più vicina ai bisogni della gente mi induce ad immaginare un modello organizzativo la cui peculiarità si realizzino nel decentramento dei servizi nelle realtà territoriali (Quartieri, Sestieri) della città . Per aiutare il cittadino a rimuovere le barriere comunicative non meno invalicabili di quelle architettoniche .In ultima analisi dobbiamo creare i presupposti formativi (Specializzazione o Master) ed operativi per l'evoluzione di un nuovo infermiere pronto ad affrontare il territorio nella sua dimensione solistica , cioè **L'INFERMIERE DI FAMIGLIA** **Rivoluzione ed evoluzione del nursing di territorio** Il dibattito ha innescato una *rivoluzione* ed un' *evoluzione* anche nell'approccio teorico e operativo dell'assistenza infermieristica di distretto. Un nursing chiamato, dalle nuove pratiche quotidiane, a confrontarsi anche con problematiche abitative, di degrado ambientale, disagio economico . Un'assistenza infermieristica a tutto tondo che si apre alla collettività con risposte innovative e diversificate in rapporto all'emergere di nuovi bisogni del singolo e dei gruppi implementando azioni volte all'educazione alla salute più che all'educazione sanitaria. Un nuovo modo d'essere infermiere in linea con gli indirizzi della dichiarazione politica, health21 per il 21mo secolo, della regione

europea dell'Organizzazione mondiale della sanità (Helsinki, 1999). La dichiarazione raccomanda, infatti, ai paesi membri di promuovere l'infermiere di famiglia con funzioni di prevenzione (primaria, secondaria e terziaria), assistenza diretta (progetti personalizzati di nursing) e d'urgenza. La finalità generale della dichiarazione è il raggiungimento del pieno potenziale di salute per tutti quale valore e diritto universale in rapporto anche all'obiettivo di migliorare la qualità di vita del singolo e delle popolazioni all'interno di una crescita economica sostenibile. Le strategie politiche evidenziate sono le seguenti: promuovere un processo di sviluppo che comprenda gli attori rilevanti per la promozione della salute allo scopo di garantire decisioni comuni, interventi integrati, interdisciplinari e la responsabilizzazione dei singoli e delle popolazioni sui temi della salute; valutare i determinanti della salute anche quelli sociali e culturali; predisporre sistemi di valutazione dei risultati sulla salute; assicurare un'assistenza sanitaria di base integrata e orientata a famiglie e comunità; garantire sistemi ospedalieri flessibili e di supporto all'assistenza sanitaria di base. La convinzione di fondo è che sia necessario interagire con il nucleo familiare che rappresenta la cellula della società e soggetto primario della promozione della salute. **L'infermiere di famiglia**, oltre ad essere un protagonista nei processi integrati d'educazione alla salute, può svolgere un ruolo rilevante nell'individuare precocemente problemi sanitari e sociali e chiedere l'intervento integrato di servizi adeguati. Può evitare inutili ricoveri, favorire la deospedalizzazione tempestiva allo scopo di migliorare la qualità di vita del cittadino e favorirne il reinserimento sociale. La convinzione di fondo è che non si fa salute curando la malattia ma nemmeno perseguendo il benessere del singolo. E' necessario rapportarsi e aprirsi ai bisogni della famiglia e della collettività e saper sgombrare il campo da pregiudizi. La famiglia, con una persona anziana che vuole vivere e morire nel suo ambiente laddove il figlio ritiene l'istituzionalizzazione la risposta più appropriata, non può, ne deve essere valutata in modo riduttivo come povera di valori o contenuti. La famiglia, con reddito minimo e bassa scolarità, non può essere giudicata come responsabile del disagio dei figli. La famiglia, nelle sue forme diversificate e nuove, è un organismo unico in interazione con il contesto, da prendere in carico nel suo insieme in una società in continua evoluzione. L'estinzione della famiglia allargata, che garantiva sostegno al componente in stato di bisogno, la crisi del nucleo familiare, l'aumento di famiglie monocomposte, sono fenomeni sociali che obbligano i servizi a trovare modi d'intervento coordinati per garantire risposte adeguate ai bisogni. L'infermiere di famiglia, all'interno del progetto interistituzionale e in un contesto articolato, ha per l'appunto l'obiettivo di prendere in carico il nucleo familiare. L'attività dell'infermiere è particolarmente complessa perché complesso è il nucleo familiare costituito da generazioni, esigenze e spesso culture diverse dei suoi componenti. La visita a domicilio è il primo strumento che gli consente d'effettuare una valutazione globale dei bisogni del nucleo, evidenziare e comprendere le peculiarità di ciascun componente e realizzare un rapporto di fiducia.

Maurizio Memo

RISPOSTA AL QUESITO

Ai direttori generali E, p.c. direttori sanitari E direttori servizio delle professioni sanitarie/infermieristico
Oggetto: **DGRV n.4057 del 22/12/04 "Linee di indirizzo per le Aziende ULSS del Veneto per lo svolgimento della seduta vaccinale per l'età pediatrica e per l'età adulta"**In relazione alla deliberazione di cui all'oggetto questo collegio, vista l'importanza del documento citato, ha incontrato una rappresentanza di Assistenti sanitarie ed Infermieri al fine di discutere e proporre delle linee di indirizzo atte a garantire tali professionisti sia dal punto di vista legale che professionale. Il personale sanitario non medico deve essere specificatamente incaricato, ciò significa che vi deve essere un atto formale che individui il personale dedicato all'attività vaccinale. (lettera A punto 1 nota c) È necessario che le Aziende adottino dei nuovi protocolli cui i vari professionisti facciano riferimento, protocolli che devono vedere coinvolte, nella costruzione, le varie specificità professionali. (lettera A punto 2) I professionisti sanitari non medici coinvolti sono Assistenti sanitari ed Infermieri (nota b), si ritiene opportuno suggerire che l'eventuale formazione faccia perno su contenuti sia cognitivi che pratici al fine garantire un più efficace apprendimento e conseguente sicurezza per il cittadino che l'operatore stesso. Si propone che il percorso formativo, per ogni operatore coinvolto, venga certificato da una Assistente sanitaria esperta in quanto figura "eletta" per l'attività in parola. Risulta evidente come la deliberazione renda necessario modificare i modelli organizzativi e in conseguenza di ciò riconsiderare i carichi di lavoro ed assistenziali in relazione alle nuove competenze.

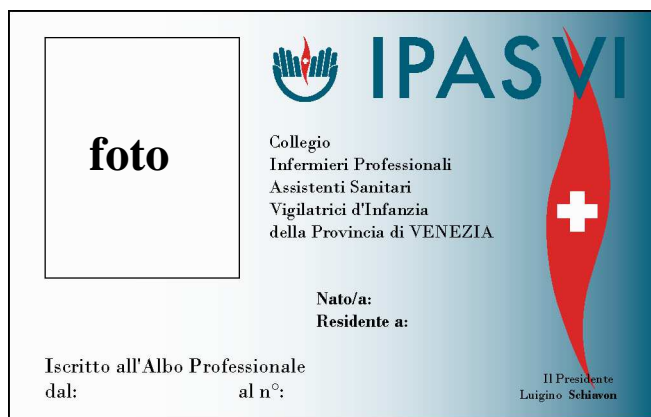
TAGLIA E INCOLLA

COLLEGIO
IPAS.VI
2005

IL FUTURO DENTRO AD UN MICROCHIP

L'impiego sempre più presente nella nostra realtà di memorie virtuali capaci di contenere quantità di dati immense e di generalità anagrafiche e professionali, ci ha stimolati come direttivo a realizzare una tessera magnetica con annessa una memoria dati. Pensiamo che lo sviluppo di questa opportunità, permetta ad ogni iscritto di gestire con maggior "praticità" e riservatezza tutto ciò che gli appartiene della sua vita professionale. In questa tessera infatti, oltre ai propri dati anagrafici, alla regolare iscrizione e rinnovo annuale al collegio, potrà contenere il proprio piano formativo permanente, la chiave di registrazione a congressi o ad eventi formativi. Certamente l'uso della carta va costruito nel tempo, siamo certi però che diventerà uno strumento molto utile e versatile per il professionista. **Questo passaggio richiede la collaborazione di tutti gli iscritti nel fornirci mediante E-Mail, Fax, Posta, o direttamente in sede, i propri dati anagrafici e la residenza unitamente ad una foto tessera che verrà stampata sulla tessera. Richiediamo che ciò avvenga in tempi rapidi per accelerare questo passaggio tecnico.**

fronte



retro



Con l'occasione chiediamo anche di segnalare gentilmente il mancato ricevimento del nostro notiziario locale "SPAZIO APERTO" perché con molto rammarico riscontriamo che alcune aree urbane hanno evidentemente dimostrato di avere delle difficoltà nel postalizzare il notiziario. Tale disagio è facilmente risolvibile solo se abbiamo una mappatura precisa delle aree, certi di una vostra collaborazione vi auguriamo una buona fine dell'estate e un buon inizio di autunno.

Carlo Masato

CORSO DI LINGUA ITALIANA PER INFERMIERI STRANIERI

Collegio IPASVI Venezia 2005/2006

CORSO DI LINGUA ITALIANA PER INFERMIERI STRANIERI

CORSO REALIZZATO SU TRE LIVELLI

Ore totali 50

Autoapprendimento 15

Verifica 3

Periodo: da luglio

Numero partecipanti per edizione: 10

Indicativamente 1 pomeriggio fisso la settimana dalle ore 16 alle ore 19

Sono previste ulteriori 15 ore in autoapprendimento su temi predefiniti dal docente.

STRUMENTI

Video, lavagna a fogli mobili, videoproiettore, lavagna luminosa

Docenti:

prof. Giovanni Pilotto

Schiavon Luigino (Presidente Collegio IPASVI)

Boldrin Luigino (Collegio IPASVI)

Bontempi Sergio (Collegio IPASVI)

Modalità di iscrizione: Attraverso il datore di lavoro, la cooperativa o direttamente.

Saranno privilegiati gruppi della stessa provenienza linguistica

Costo a carico partecipante: € 30

