

IN CASO DI MANCATO RECAPITO RESISTITUIRE AL C.M.P.
DI VENEZIA PREVIO PAGAMENTO RESI
ORGANOUFFICIALE DEL COLLEGIO IPASVI DI VENEZIA

SPAZI APERTO



UN MANDATO PER CRESCERE



1

TRIMESTRALE N° 1
ANNO IV
FEBBRAIO 2006
POSTE ITALIANE S.p.A.
SPEDIZIONE IN
A.P.-d.l. 353/2003
(CONV.ML27/02/2004
N° 46) art. 1 comma1,
DCB VENEZIA

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
marzo 2006

Realizzato da:
Stamperia Cetid srl
via Mutinelli 9 - Venezia
30173 Mestre

tel. 041-5345839
fax 041-611725
cetid@tin.it

Direttore responsabile
Luigino Schiavon

Direzione-Redazione
Amministrazione
P.le L. da Vinci 8
Mestre
tel. 041-5055951
fax 041-5040882
ipasvive@tin.it
CP 98 Mestre Centro
CAP 30172 Mestre, Ve

Comitato Redazionale
Schiavon Luigino, Anòè
Giovanna, Bontempi
Sergio, Boldrin Luigino,
Boscolo Maria Rosa,
Monetti Alessandro,
Masato Carlo, Biscaro
Patrizia, Labelli Elsa,
De Pieri Alessandra,
Romanato Mirco,
Iannotta Mario, Rosa
Maria Cristina, De
Rossi Micaela, Vidal
Mario

Comitato Editoriale
Luigino Schiavon,
Carlo Masato.

**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.

Progetto Grafico
Carlo Masato,
Sebastiano S.

n°

anno
IV

EDITORIALE -
di L. Schiavon

2

FARMACO VIGILANZA E INFERMIERE -
di N. Stefani

3-5

MULTICULTURALITA' E PROFESSIONE -
di B. Balsarin

6-9

E' LEGGE

10-15

INFERMIERI E APPARECCHI RADIOLOGICI -
di L. Schiavon

16

FORMAZIONE

17

VALUTARE GLI INFERMIERI -
di C. Benetti

18-23

NON UNA LISTA MA UNA TRACCIA



EDITORIALE

di L.Schiavon

Care colleghe e colleghi, le elezioni per il rinnovo del Consiglio Direttivo del Collegio hanno visto un aumento di affluenza del 20%, a dimostrazione di un aumentato interesse degli infermieri, delle assistenti sanitarie e delle vigilatrici di infanzia nei confronti del Collegio.

Ci tengo in particolar modo a sottolineare che i consiglieri eletti rappresentano realmente tutte le aree della professione: dalla dirigenza dei servizi infermieristici alla università, dall'ospedale al territorio, dal pubblico al privato, dall'area critica alle residenze per anziani, dai coordinatori agli infermieri di linea. Oltre a ciò ogni consigliere è portatore di interessi e competenze che troveranno possibilità di esprimersi e che sarà loro chiesto di mettere a frutto a favore della crescita della professione.

Molti saranno gli impegni che questo Consiglio dovrà affrontare nel prossimo triennio, uno prioritario su tutti: la emancipazione professionale.

Per raggiungere questo obiettivo, certamente impegnativo e di grande rilievo, è necessario costruire un nuovo rapporto con la Regione Veneto, promuovendo la presenza degli infermieri all'interno della struttura regionale, sia nell'organizzazione che nell'ambito dei vari gruppi di lavoro. Ciò consentirà di sviluppare la capacità di intervenire preventivamente e positivamente nella formulazioni di leggi e programmi che coinvolgono la professione.

Contemporaneamente dovremo continuare i positivi rapporti instaurati con le aziende sanitarie della provincia di Venezia ed avviare nuove sinergie con le case di cura private e le residenze per anziani. Ultima ma non meno importante sarà il grande lavoro che dovremo costruire con gli "utenti", con le rappresentanze sociali, con il volontariato, in

poche parole con i cittadini: solo così si potrà migliorare l'immagine "sociale" della professione.

Accanto alla attività "esterna" desideriamo potenziare il rapporto con tutti gli iscritti, utilizzando la rivista "Spazio Aperto", il sito internet ed ogni altro canale comunicativo, migliorando e potenziando parallelamente anche la segreteria amministrativa.

La formazione continua dei professionisti oltre che una norma è anche un imperativo per il Collegio, nonostante gli ambiti di competenza sono stati ridotti; saranno per questo ripresi i corsi di inglese, informatica, italiano e legislazione per infermieri stranieri, e verranno programmati altri eventi di cui daremo notizia attraverso "Spazio Aperto" e con la comunicazione diretta alle diverse unità operative.

Non si tratta di una semplice "lista" delle cose da fare, ma di una traccia, di uno scenario generale che vede rappresentati gli obiettivi strategici cui fare riferimento, rispetto ai quali desideriamo e ci aspettiamo il Vostro contributo, le Vostre considerazioni, le Vostre proposte.

All'interno di questo numero di "Spazio Aperto" troverete il testo integrale della legge 43/06, legge lungamente attesa e dal percorso parlamentare travagliato. Finalmente ci sarà un po' di "Ordine", finalmente anche l'annosa questione dei caposala ha trovato soluzione. La soddisfazione è grande, così come è stato grande lo sforzo che tutti i Collegi di Italia, il nostro compreso, hanno fatto perché la legge concludesse positivamente il suo iter parlamentare. Un particolare ringraziamento deve essere fatto ad Annalisa Silvestro, Presidente Nazionale IPASVI, per la caparbia con la quale si è adoperata affinché tutto ciò potesse accadere.

Luigino Schiavon

FARMACOVIGILANZA E INFERMIERE

di N. Stefani

FARMACOVIGILANZA E INFERMIERE
SITUAZIONE ATTUALE E PROSPETTIVE
FUTURE:

Stefani Nicola infermiere Laureato U.O
Cardiologia osp Ca Foncello Treviso

Parole chiave: Reazione avversa,
educazione, farmaci, nursing, conoscenze.

ABSTRACT

"Con l' aumento dello sviluppo chimico,
industriale e tecnologico ci sono da mille a
duemila nuove sostanze immesse nel
mercato nei paesi industrializzati.

"Necessità da parte dell' O.M.S di
monitorare con scrupolo le reazioni
avverse prodotte dai farmaci

"Le reazioni avverse sono fra le principali
cause di morte nei paesi industrializzati

"Lo sviluppo dell' assistenza sia in ambito
territoriale che ospedaliero vede sempre di
più l'infermiere responsabile della corretta
gestione e somministrazione dei farmaci.
L'infermiere infatti si trova in una posizione
privilegiata per osservare, correlare e
documentare eventuali reazioni avverse
per fornire una migliore assistenza e per
erogare prestazioni più qualificate.

OBIETTIVI:

Le motivazioni che mi hanno portato ad
effettuare questa ricerca sono le seguenti,:
1)poca attenzione agli effetti negativi dei
farmaci da parte degli infermieri, 2) i
pazienti subiscono passivamente questi
eventi negativi pur di aver il sperato

beneficio del farmaco, 3)l'infermiere è
chiamato ad una corretta educazione del
malato che dovrebbe riferire le reazioni
negative.

Inoltre approfondendo questo studio ho
verificato che non vi era la presenza solo di
effetti collaterali ma anche di reazioni
avverse (Adverse Drug Reactions).

Le A.D.R sono una delle principali cause di
morte nei paesi industrializzati e il 51% dei
farmaci da luogo a gravi A.D.R non previste
prima della commercializzazione.

L' obiettivo che mi propongo con questo
studio è il seguente: rendere consapevole
l'infermiere delle sue potenzialità nell'ambito
della farmacovigilanza, al fine di
migliorare la qualità dell'assistenza. Infatti,
Partendo dal presupposto che l'infermiere
ha ormai le conoscenze per poter operare
nel campo della rilevazione delle reazioni
avverse, ci sono due possibilità:

1) l'infermiere italiano sa che cosa è la
farmacovigilanza e allora deve avere un
contesto che gli permetta di svolgere
questo compito.

2) l'infermiere non è a conoscenza di
questa disciplina, ma dopo una formazione
mirata è ugualmente in grado di esercitarla,
poiché è a tutti gli effetti, un professionista
della salute.

MATERIALI E METODI:

I metodi che ho utilizzato per il
conseguimento di questo studio sono due:
La ricerca bibliografica attraverso riviste,
testi, internet sia nazionali che
internazionali

Un questionario proposto ad infermieri e pazienti in ambito farmacovigilanza.

Discussione

Esiste una disciplina voluta dall O.M.S che mira alla valutazione, individuazione e prevenzione delle reazioni avverse ai farmaci, questa è la farmacovigilanza.

Una domanda che potrebbe sorgere è che cosa sono le reazioni avverse ai farmaci?

L' O.M.S oltre che a definire le reazioni avverse definisce anche gli altri effetti negativi che i farmaci possono dare proprio per distinguerli dalle reazioni avverse:

Definizioni secondo l'Organizzazione mondiale della Sanità.

Effetto collaterale: qualsiasi effetto non intenzionale di un medicamento che insorga a dosi normalmente impiegate nell'uomo e che sia correlato alle proprietà farmacologiche del medicamento. Es (tachicardia dovuta a b2 stimolanti)

Evento avverso: qualsiasi evenienza medica non voluta che può comparire durante un trattamento con un farmaco ma che non necessariamente abbia una relazione di causalità con il trattamento stesso. (es un uomo assume ASA e mangia fragole successivamente ha una reazione cutanea questa può essere attribuita alle fragole all' ASA o all'interazione delle due)

Reazione avversa: una risposta ad un farmaco che sia nociva e non intenzionale e che avviene a dosi che normalmente vengono usate nell'uomo per la profilassi, la diagnosi o la terapia di una malattia o che insorga a seguito di modificazioni dello stato fisiologico. (vasculite dovuta al metamizolo o epatite dovuta al metoclopramide)

Reazione avversa inaspettata: una reazione avversa la cui natura o gravità non è riportata nella scheda tecnica o nell'autorizzazione rilasciata per la

commercializzazione o che sia inaspettata in base alle caratteristiche del farmaco.

FARMACOVIGILANZA IN ITALIA

La Farmacovigilanza in Italia è regolata dal D.Lvo 95/2003 che uniforma il nostro sistema di farmacovigilanza a quello degli altri stati europei ed estende anche agli infermieri la capacità di segnalare. Questo perché un buon sistema di farmacovigilanza si basa sia sulle qualità delle segnalazioni sia sulla quantità delle segnalazioni che in Italia sono ancora poche nonostante la grande attività del gruppo GIF che gestisce le banche dati di Lombardia Veneto Emilia Romagna e Sicilia.

Si è stabilito che vanno segnalate solo le reazioni avverse gravi o inattese, (diversamente dalla legge precedente che prevedeva l'obbligo di notifica di ogni reazione avversa sospetta anche se già nota o descritta nella scheda tecnica e/o nel foglietto illustrativo) mentre dovranno essere segnalate tutte le reazioni avverse osservate da vaccini e da farmaci di recente commercializzazione o sottoposti a monitoraggio intensivo inclusi in elenchi emanati periodicamente dal Ministero della Salute.

La grande importanza data al prestare attenzione agli eventi gravi e/o inattesi dovrebbe coinvolgere maggiormente i medici e gli infermieri nel produrre un sistema più specifico e più sensibile al fine di ricavare segnali di rapida allerta.

Per poter segnalare è sufficiente che l'operatore sanitario, sospetti il coinvolgimento di un farmaco nella comparsa di una reazione avversa.

In secondo luogo, l'interpretazione del concetto di gravità di un effetto indesiderato non è arbitraria; la norma vigente stabilisce che per reazione grave si deve intendere qualsiasi reazione che determini la morte del soggetto, ne metta in pericolo la vita, ne richieda o ne prolunghi l'ospedalizzazione,

provochi disabilità o incapacità persistente o significativa, comporti un' anomalia congenita o un difetto alla nascita.

Le segnalazioni vanno effettuate compilando l'apposita scheda ministeriale e trasmesse, poi, al responsabile della farmacovigilanza (ne esiste uno in ogni ASL di solito un medico o un farmacologo) che le inserirà nel data-base del Ministero della Salute, cui spetta la gestione dei dati e la trasmissione di eventuali comunicati di allerta ai vari utenti.

RISULTATI

STUDIO SULLE CONOSCENZE DELLA FARMACOVIGILANZA SU INFERMIERI E PAZIENTI DELLA CASA DI CURA POLICLINICO SAN MARCO

Se fra i maggiori studi che ho considerato sia in Inghilterra , Irlanda, e Olanda l'infermiere è visto come colui che può dare un notevole contributo alle segnalazioni spontanee sia dal punto di vista quantitativo che qualitativo, io ho voluto testare il terreno anche qui in Italia e precisamente a Mestre nella Casa Di Cura Policlinico S. Marco nei reparti di medicina generale riabilitativa e geriatria.

Metodologia per questionario proposto agli infermieri.

Campionamento: tutti gli infermieri in servizio dal 1 settembre 2004 al 30 settembre 2004, nei reparti di medicina generale, medicina riabilitativa e geriatria.

Questionario: Anonimo e autocompilato.

Obiettivi: Definire le conoscenze degli infermieri circa le definizioni ufficiali sulla farmacovigilanza. Rilevare inoltre la loro attenzione sul problema.

Su 43 questionari distribuiti, ne sono stati consegnati 31. Gli ostacoli che maggiormente ho incontrato sono stati:

" Difficoltà da parte degli infermieri a mettere sul campo le proprie conoscenze.

" Paura di non rispondere esattamente a le domande proposte.

I risultati sono stati significativi: Gli Infermieri non hanno ancora presente che cosa sia un ADR (solamente il 25,8% ha risposto correttamente a domande di cultura generale sulla FV)

Non ritengono che segnalare le ADR sia un'attività importante che devono svolgere tutti i professionisti (51,6%) e la maggior parte pensa che le segnalazioni debbano essere fatte dal medico (58%). Si ritiene importante però conoscere maggiormente questa disciplina infatti alla domanda: " Quanto ritiene importante incrementare per la sua professione le conoscenze sulla farmacovigilanza?" 48,4% ha risposto molto, con la stessa percentuale hanno risposto abbastanza e solo la minima parte rimanente ha risposto per nulla.

Metodologia per questionario proposto ai Pazienti.

Campionamento: 200 pazienti vigili e orientati. Parametro considerato su indicazione medica. Classe di età considerata dai 30 ai 75 anni. Selezione dei pazienti nei tre reparti di medicina generale, medicina riabilitativa e geriatria.

Obiettivo: definire se i pazienti ricoverati presso le Unità operative scelte per le indagini hanno storie di reazioni avverse e valutare quale sia il comportamento che hanno adottato.

Metodo: questionario compilato tramite domande poste dall'intervistatore

Definizione data di reazione avversa: una risposta ad un farmaco che sia nociva e non intenzionale e che avviene a dosi che normalmente vengono usate nell'uomo per la profilassi, la diagnosi o la terapia di una malattia o che insorga a seguito di modificazioni dello stato fisiologico.

MULTICULTURALITÀ E PROFESSIONE

di B. Balsarin

MANIFESTAZIONE DELLA SPIRITUALITÀ IN AMBIENTE OSPEDALIERO: RUOLO DELL'INFERMIERE.

Infermiera B. Balsarin

La componente spirituale fa parte di ogni singola persona. L'essenza spirituale trae origine dalla storia della persona, dal contesto sociale, dalla cultura e dall'educazione ricevute, ma anche dal cammino interiore che ogni persona compie nel corso della vita. La realtà di questi ultimi anni vede proporsi il concetto della multiculturalità. L'afflusso di persone extracomunitarie oggi ci porta ad avere tra gli assistiti persone con religioni, usi e costumi differenti da quelli occidentali; con il termine *multiculturalità* si indica un dato di fatto: l'esistenza, su un territorio, di molteplici culture. La nostra società pertanto si è trovata negli ultimi anni a dover affrontare la "sfida" della multiculturalità: ed è evidente la necessità di vedere questa nuova realtà come un'opportunità di crescita spirituale e intellettuale.

L'infermiere, in ospedale o sul territorio si scontra quotidianamente con la componente spirituale della persona della quale deve avere cura. Ma per fare questo anche l'infermiere, in quanto essere umano, deve aver compiuto un percorso spirituale (non necessariamente legato ad una religione) che l'abbia portato a farsi delle domande: chi sono? qual è il mio

ruolo nel mondo?

In realtà questo tipo di domande ogni persona prima o poi nell'arco della propria vita, se le pone, a maggior ragione un professionista sanitario (infermiere, medico) che vive quotidianamente a contatto con la sofferenza e la malattia, e che quindi per riuscire ad affrontare queste problematiche deve aver fatto un percorso "umano e spirituale" estremamente personale, che va oltre al profilo professionale, al codice deontologico e al percorso di studi. La *dimensione spirituale* va più in là del concetto di religione, fa parte dell'uomo in quanto tale, appartiene ai credenti (coloro che si affidano ad un Dio che non vedono, ma che accettano come atto di fede), agli atei (coloro che non credono in un dio che non vedono, ma affidano la loro fiducia e la loro "fede" all'uomo, in quanto essere pensante che esiste, qui e ora); agli agnostici (coloro che hanno "sospeso il giudizio"). Tutti costoro hanno una spiritualità che li porta non solo a farsi domande filosofiche ma soprattutto a ricercare un più alto livello di coscienza e una consapevolezza maggiore della vita spirituale.

L'espressione della fede segue un ordine stabilito di pratiche, queste possono essere semplici meditazioni, oppure funzioni religiose in chiesa; alcune osservanze si verificano tra le mura domestiche, in famiglia, ci sono tradizioni che si esplicano attraverso speciali cibi o cerimonie. Tutte queste celebrazioni hanno un significato simbolico profondo perché esprimono un

sensu profondo di mistero o miracolo. In tutti i casi le credenze spirituali o religiose soddisfano bisogni specifici: dare un senso alla vita, alla morte, alla malattia; dare sicurezza e speranze per il futuro; fornire un sostegno psicologico; dare i mezzi per affrontare le crisi della vita.

Nelle nostre realtà ospedaliere abbiamo sempre di più pazienti/clienti che professano una religione diversa dal cattolicesimo. Per il tipo di affluenza di persone in questi ultimi anni, sempre di più assistiamo persone musulmane, ma fanno parte delle grandi religioni anche: il cristianesimo, l'ebraismo, l'induismo, il buddismo. Ogni religione si esprime con usi e costumi differenti. Ad esempio gli *Ebrei osservanti* hanno numerosi precetti da rispettare: la circoncisione è il simbolo dell'identità degli ebrei ed è il modo con il quale i bambini maschi ebrei entrano a far parte della comunità d'Israele. Deve essere eseguita all'ottavo giorno dalla nascita, durante il giorno. E' il padre a compiere il rito oppure può incaricare un esperto che deve avere conoscenze medico-scientifiche e religiose. Gli ebrei seguono delle regole dietetiche l'elenco dei cibi che si possono mangiare è contenuto nella bibbia. *Viene osservato il giorno del digiuno che però non coinvolge coloro che devono mangiare per motivi medici.*

L'ammalato in fin di vita deve avere qualcuno accanto quando l'anima lascia il corpo. Al capezzale del morente si legge la Torah', salmi e preghiere. *A morte avvenuta il corpo non deve essere toccato per 8-30 minuti e non toccato o lavato dal personale infermieristico.* Il corpo non può essere lasciato solo fino alla sepoltura, entro 24 ore dal decesso. Le autopsie non sono approvate dagli ebrei ortodossi, ma se deve essere fatta, tutte le parti del corpo devono restare con il corpo stesso. La cremazione non è permessa. Per gli ortodossi non è ammessa la donazione

degli organi. Nessuna autorità permette l'aborto come semplice controllo delle nascite. La barba è considerata un segno di pietà, la rasatura non deve essere fatta col rasoio, ma con forbici o rasoio elettrico perché la lama non deve toccare la pelle. Per ciò che riguarda l'assistenza alla donna, la perdita di sangue dall'utero fa sì che la donna venga considerata in uno stato d'impurità per cui, durante questo periodo il marito non può assisterla né avere alcun contatto fisico con lei.

Cattolici romani: le regole dietetiche non sono molto rigide, si limitano al digiuno e al non mangiare carne il venerdì, ma i pazienti ospedalizzati non sono obbligati a seguire queste restrizioni. La contraccezione non è ammessa così come l'aborto che viene considerato un omicidio. I trapianti sono ammessi perché l'anima resta integra. La morte è il passaggio ad una vita migliore, viene praticata l'estrema unzione, l'eucarestia, la confessione da parte di un sacerdote.

Islamici: l'islam è una norma di vita, una forza vivente che si manifesta in ogni aspetto dell'esistenza umana. Secondo questa religione l'uomo è composto da due nature intimamente legate tra loro: una natura interna, ed una esterna. La vita spirituale dell'uomo è organizzata in modo tale da fornire all'uomo "tutto il nutrimento spirituale" di cui ha bisogno, e per questo egli deve seguire delle regole spirituali ben precise: compiere orazioni rituali; digiunare; compiere almeno una volta nella vita il pellegrinaggio alla Mecca amare Dio. La natura esteriore dell'uomo musulmano è altrettanto complessa, scopo primario dell'uomo è quello di gestire la propria vita in modo da tendere alla purezza e alla perfezione. L'Islam insegna una vita sana, vesti appropriate comportamenti corretti anche dal punto di vista fisico. E' prescrizione islamica che prima di eseguire un'orazione il musulmano compia

un'abduzione e deve seguire, come stile di vita e regola religiosa, una dieta moderata e sana. L'animale vietato in particolare è il maiale e ogni suo derivato. Il Ramadam è il mese del digiuno: dall'alba al tramonto non si può mangiare. Sono esentati dal digiuno i bambini al di sotto dell'età della pubertà e del discernimento; i malati di mente, irresponsabili delle loro azioni. Le persone appartenenti a queste due categorie sono esonerati dall'obbligo del digiuno e non è loro prescritto nessun obbligo sostitutivo. Uomini e donne troppo vecchi e deboli per far fronte all'obbligo del digiuno e sopportarne le difficoltà. I malati il cui stato di salute possa essere gravemente compromesso dall'osservanza del digiuno. Costoro possono rimandare il digiuno, finché sono malati, a una data successiva, e poi recuperarlo giorno per giorno. Le donne gravide e quelle che allattano i loro figli possono rompere il digiuno, qualora l'osservanza metta in pericolo la loro salute o quella del bambino. Devono però recuperare il digiuno in seguito, giorno per giorno.

Le donne mestruate (periodo massimo di dieci giorni) e le puerpere (periodo massimo di quaranta giorni) non hanno il permesso di digiunare, anche se possono e vogliono farlo. Devono rimandare il digiuno e recuperarlo giorno per giorno. Ci sono altre regole che supportano la vita dei musulmani come ad esempio quella che impedisce ad una donna musulmana di farsi curare da un medico maschio o di farsi assistere da un infermiere maschio. In certe culture durante la mestruazione la donna si sente ed è considerata impura, per cui non andrebbe toccata. Sebbene siano regole piuttosto severe, Dio esorta il Musulmano a godere dei frutti che ha a disposizione, purché tutto segua un ordine e un equilibrio prestabilito. Il trapianto e la donazione di organi sono ammessi ma la pratica non deve

comportare rischi per la vita del donatore e che, questi (o la famiglia se è deceduto) non sia fatto oggetto di pressioni. Prima di qualsiasi operazione di espianto deve essere sicura la morte cerebrale. Quando la persona muore deve essere accompagnata dalla famiglia che le starà accanto curando il corpo e leggendo il corano.

Testimoni di geova: le regole dietetiche non sono rigide, viene scoraggiato l'uso di tabacco e alcool. Dopo la morte sono accettate sia la cremazione che la sepoltura. L'uso di contraccettivi per il controllo delle nascite è una decisione personale. L'aborto non è ammesso. Il trapianto è una decisione privata, se effettuato l'organo deve essere pulito con soluzione non ematica. Le trasfusioni non sono ammesse.

Buddismo: non sono ammessi né alcol né droghe; il controllo delle nascite e l'aborto sono conosciuti e praticati; il trapianto viene visto come libera scelta della persona. Poiché la vita è uno stato temporaneo in cui il corpo si lega a elementi naturali, la morte è il passaggio obbligato per la rinascita. La famiglia sta accanto al morente, poiché l'uso del bianco è espressione di lutto, *le divise bianche degli operatori possono accentuare l'ansia di queste persone*. Le preghiere vanno recitate fino ad 1 anno dopo la morte.

La Spiritualità è un concetto universale, ognuno di noi, professionisti sanitari e non, la vive in modo differente. Essendo la parte più intima dell'UOMO essa va rispettata in tutte le sue forme e manifestazioni, anche se si scontra con le abitudini, le attività e la routine ospedaliera. Soprattutto in ospedale l'aspetto spirituale emerge solo quando una persona muore. Ma non dimentichiamoci che ci sono religioni che coinvolgono ogni aspetto della vita dell'uomo, non solo la morte. Pensiamo ad esempio al divieto che ha la persona musulmana di mangiare maiale e derivati. Impedire al paziente di

rispettare i vincoli imposti dalla propria religione è una forma di abuso, significa non avere rispetto per "la persona". Il bisogno di trascendenza, è il bisogno di credere a "qualcosa" o "qualcuno" che dia un significato più profondo all'esistenza umana e permetta di credere in una vita in grado di superare i limiti dati dalla natura. In questo bisogno affondano le radici tutte le religioni. Accanto ai 5 bisogni fondamentali della Salute così ben rappresentati da Maslow: bisogni fisiologici, di sicurezza, di appartenenza, di stima, di auto realizzazione; nella sua piramide possiamo aggiungere anche il bisogno di credere e di poter manifestare, con riti e simboli, la fede. Il rispetto per la Persona sta alla base della professione infermieristica e ciò lo si può ricavare dal codice deontologico dell'infermiere: *"La responsabilità dell'infermiere consiste nel curare e prendersi cura della persona, nel rispetto della vita, della salute, della libertà e della dignità dell'individuo". "Il rispetto dei diritti fondamentali dell'uomo e dei principi etici della professionale è condizione essenziale per l'assunzione della responsabilità delle cure infermieristiche". "L'infermiere agisce tenendo conto dei valori religiosi, ideologici ed etici, nonché della cultura, etnia e sesso dell'individuo. "L'infermiere si attiva per l'analisi dei dilemmi etici vissuti nell'operatività quotidiana e ricorre, se necessario, alla consulenza professionale e istituzionale, contribuendo così al continuo divenire della riflessione etica".*

Bibliografia essenziale:

" Il Codice Deontologico dell'infermiere - Ipasvi - maggio 1999

" H. Kunhse "Prendersi Cura" L'etica e la professione di infermiera, ed di Comunità

" J. Habermas, C Taylor "Multiculturalismo" Lotte per il riconoscimento, ed Feltrinelli.

È LEGGE

LEGGE 1 febbraio 2006, n.43 G.U. n. 40 del 17/02/06

Disposizioni in materia di professioni sanitarie infermieristiche, ostetrica, riabilitative, tecnico-sanitarie e della prevenzione e delega al Governo per l'istituzione dei relativi ordini professionali.

La Camera dei deputati ed il Senato della Repubblica hanno approvato;

IL PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA

Promulga la seguente legge:

ART. 1. (Definizione).

1. Sono professioni sanitarie infermieristiche, ostetrica, riabilitative, tecnico-sanitarie e della prevenzione, quelle previste ai sensi della legge 10 agosto 2000, n. 251, e del decreto del Ministro della sanità 29 marzo 2001, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 118 del 23 maggio 2001, i cui operatori svolgono, in forza di un titolo abilitante rilasciato dallo Stato, attività di prevenzione, assistenza, cura o riabilitazione.

2. Resta ferma la competenza delle regioni nell'individuazione e formazione dei profili di operatori di interesse sanitario non riconducibili alle professioni sanitarie come definite dal comma 1.

3. Le norme della presente legge si applicano alle regioni a statuto speciale e alle province autonome di Trento e di Bolzano in quanto compatibili con i rispettivi statuti speciali e le relative norme di attuazione.

ART. 2. (Requisiti).

1. L'esercizio delle professioni sanitarie di cui all'articolo 1, comma 1, e' subordinato al conseguimento del titolo universitario rilasciato a seguito di esame finale con valore abilitante all'esercizio della professione. Tale titolo universitario e' definito ai sensi dell'articolo 4, comma 1, lettera c), e' valido sull'intero territorio nazionale nel rispetto della normativa europea in materia di libera circolazione delle professioni ed e' rilasciato a seguito di un percorso formativo da svolgersi in tutto o in parte presso le aziende e le strutture del Servizio sanitario nazionale, inclusi gli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS), individuate dalle regioni, sulla base di appositi protocolli d'intesa tra le stesse e le universita', stipulati ai sensi dell'articolo 6, comma 3, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni. Fermo restando il titolo universitario abilitante, il personale del servizio sanitario militare, nonche' quello addetto al comparto sanitario del Corpo della guardia di finanza

puo' svolgere il percorso formativo presso le strutture del servizio stesso, individuate con decreto del Ministro della salute, che garantisce la completezza del percorso formativo. Per il personale addetto al settore sanitario della Polizia di Stato, alle medesime condizioni, il percorso formativo puo' essere svolto presso le stesse strutture della Polizia di Stato, individuate con decreto del Ministro dell'interno di concerto con il Ministro della salute, che garantisce la completezza del percorso formativo.

2. Gli ordinamenti didattici dei corsi di laurea di cui al comma 1 sono definiti con uno o piu' decreti del Ministro dell'istruzione, dell'universita' e della ricerca, di concerto con il Ministro della salute, ai sensi e per gli effetti di cui all'articolo 17, comma 95, della legge 15 maggio 1997, n. 127, e successive modificazioni. L'esame di laurea ha valore di esame di Stato abilitante all'esercizio della professione.

Dall'applicazione delle disposizioni di cui al presente comma non devono derivare nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica. Le universita' possono procedere alle eventuali modificazioni dell'organizzazione didattica dei corsi di laurea gia' esistenti, ovvero all'istituzione di nuovi corsi di laurea, nei limiti delle risorse a tal fine disponibili nei rispettivi bilanci.

3. L'iscrizione all'albo professionale e' obbligatoria anche per i pubblici dipendenti ed e' subordinata al conseguimento del titolo universitario abilitante di cui al comma 1, salvaguardando comunque il valore abilitante dei titoli gia' riconosciuti come tali alla data di entrata in vigore della presente legge.

4. L'aggiornamento professionale e' effettuato secondo modalita' identiche a quelle previste per la professione medica.

5. All'articolo 3-bis, comma 3, lettera b), del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, sono aggiunte, in fine, le seguenti parole: ", ovvero espletamento del mandato parlamentare di senatore o deputato della Repubblica nonche' di consigliere regionale".

6. All'articolo 16-bis del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, dopo il comma 2 e' aggiunto il seguente: "2-bis. I laureati in medicina e chirurgia e gli altri operatori delle professioni sanitarie, obbligati ai programmi di formazione continua di cui ai commi 1 e 2, sono esonerati da tale attivita' formativa limitatamente al periodo di espletamento del mandato parlamentare di senatore o deputato della Repubblica nonche' di consigliere regionale".

ART. 3.

(Istituzione degli ordini delle professioni sanitarie).

1. In ossequio all'articolo 32 della Costituzione e in conseguenza del riordino normativo delle professioni sanitarie avviato, in attuazione dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421, dal decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, dal decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517, e dal decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229, nonche' delle riforme degli ordinamenti didattici adottate dal Ministero dell'istruzione, dell'universita' e della ricerca, al fine di adeguare il livello culturale, deontologico e professionale degli esercenti le professioni in ambito sanitario a quello garantito negli Stati membri dell'Unione europea, la presente legge regola le professioni sanitarie di cui all'articolo 1, nel rispetto dei diversi iter formativi, anche mediante l'istituzione dei rispettivi ordini ed albi, ai quali devono accedere gli operatori delle

professioni sanitarie esistenti, nonché di quelle di nuova configurazione.

ART. 4.

(Delega al Governo per l'istituzione degli ordini ed albi professionali).

1. Il Governo è delegato ad adottare, entro sei mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, uno o più decreti legislativi al fine di istituire, per le professioni sanitarie di cui all'articolo 1, comma 1, i relativi ordini professionali, senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica, nel rispetto delle competenze delle regioni e sulla base dei seguenti principi e criteri direttivi:

a) trasformare i collegi professionali esistenti in ordini professionali, salvo quanto previsto alla lettera b) e ferma restando, ai sensi della legge 10 agosto 2000, n. 251, e del citato decreto del Ministro della sanità 29 marzo 2001, l'assegnazione della professione dell'assistente sanitario all'ordine della prevenzione, prevedendo l'istituzione di un ordine specifico, con albi separati per ognuna delle professioni previste dalla legge n. 251 del 2000, per ciascuna delle seguenti aree di professioni sanitarie: area delle professioni infermieristiche; area della professione ostetrica; area delle professioni della riabilitazione; area delle professioni tecnico-sanitarie; area delle professioni tecniche della prevenzione;

b) aggiornare la definizione delle figure professionali da includere nelle fattispecie di cui agli articoli 1, 2, 3 e 4 della legge 10 agosto 2000, n. 251, come attualmente disciplinata dal decreto ministeriale 29 marzo 2001;

c) individuare, in base alla normativa vigente, i titoli che consentano l'iscrizione

agli albi di cui al presente comma;

d) definire, per ciascuna delle professioni di cui al presente comma, le attività il cui esercizio sia riservato agli iscritti agli ordini e quelle il cui esercizio sia riservato agli iscritti ai singoli albi;

e) definire le condizioni e le modalità in base alle quali si possa costituire un unico ordine per due o più delle aree di professioni sanitarie individuate ai sensi della lettera a);

f) definire le condizioni e le modalità in base alle quali si possa costituire un ordine specifico per una delle professioni sanitarie di cui al presente comma, nell'ipotesi che il numero degli iscritti al relativo albo superi le ventimila unità, facendo salvo, ai fini dell'esercizio delle attività professionali, il rispetto dei diritti acquisiti dagli iscritti agli altri albi dell'ordine originario e prevedendo che gli oneri della costituzione siano a totale carico degli iscritti al nuovo ordine;

g) prevedere, in relazione al numero degli operatori, l'articolazione degli ordini a livello provinciale o regionale o nazionale;

h) disciplinare i principi cui si devono attenere gli statuti e i regolamenti degli ordini neocostituiti;

i) prevedere che le spese di costituzione e di funzionamento degli ordini ed albi professionali di cui al presente articolo siano poste a totale carico degli iscritti, mediante la fissazione di adeguate tariffe;

l) prevedere che, per gli appartenenti agli ordini delle nuove categorie professionali, restino confermati gli obblighi di iscrizione alle gestioni previdenziali previsti dalle disposizioni vigenti.

2. Gli schemi dei decreti legislativi predisposti ai sensi del comma 1, previa acquisizione del parere della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, sono trasmessi alle Camere ai

ai fini dell'espressione dei pareri da parte delle Commissioni parlamentari competenti per materia, che sono resi entro quaranta giorni dalla data di trasmissione. Decorso tale termine, i decreti sono emanati anche in mancanza dei pareri. Qualora il termine previsto per i pareri dei competenti organi parlamentari scada nei trenta giorni che precedono o seguono la scadenza del termine di cui al comma 1, quest'ultimo s'intende automaticamente prorogato di novanta giorni.

ART. 5.
(Individuazione di nuove professioni in ambito sanitario).

1. L'individuazione di nuove professioni sanitarie da ricomprendere in una delle aree di cui agli articoli 1, 2, 3 e 4 della legge 10 agosto 2000, n. 251, il cui esercizio deve essere riconosciuto su tutto il territorio nazionale, avviene in sede di recepimento di direttive comunitarie ovvero per iniziativa dello Stato o delle regioni, in considerazione dei fabbisogni connessi agli obiettivi di salute previsti nel Piano sanitario nazionale o nei Piani sanitari regionali, che non trovano rispondenza in professioni già riconosciute.

2. L'individuazione è effettuata, nel rispetto dei principi fondamentali stabiliti dalla presente legge, mediante uno o più accordi, sanciti in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, ai sensi dell'articolo 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, e recepiti con decreti del Presidente della Repubblica, previa deliberazione del Consiglio dei ministri.

3. L'individuazione è subordinata ad un parere tecnico-scientifico, espresso da

apposite commissioni, operanti nell'ambito del Consiglio superiore di sanità, di volta in volta nominate dal Ministero della salute, alle quali partecipano esperti designati dal Ministero della salute e dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano e i rappresentanti degli ordini delle professioni di cui all'articolo 1, comma 1, senza oneri a carico della finanza pubblica. A tal fine, la partecipazione alle suddette commissioni non comporta la corresponsione di alcuna indennità o compenso né rimborso spese.

4. Gli accordi di cui al comma 2 individuano il titolo professionale e l'ambito di attività di ciascuna professione.

5. La definizione delle funzioni caratterizzanti le nuove professioni avviene evitando parcellizzazioni e sovrapposizioni con le professioni già riconosciute o con le specializzazioni delle stesse.

ART. 6.
(Istituzione della funzione di coordinamento).

1. In conformità all'ordinamento degli studi dei corsi universitari, disciplinato ai sensi dell'articolo 17, comma 95, della legge 15 maggio 1997, n. 127, e successive modificazioni, il personale laureato appartenente alle professioni sanitarie di cui all'articolo 1, comma 1, della presente legge, è articolato come segue:

- a) professionisti in possesso del diploma di laurea o del titolo universitario conseguito anteriormente all'attivazione dei corsi di laurea o di diploma ad esso equipollente ai sensi dell'articolo 4 della legge 26 febbraio 1999, n. 42;
- b) professionisti coordinatori in possesso del master di primo livello in

management o per le funzioni di coordinamento rilasciato dall'universita' ai sensi dell'articolo 3, comma 8, del regolamento di cui al decreto del Ministro dell'universita' e della ricerca scientifica e tecnologica 3 novembre 1999, n. 509, e dell'articolo 3, comma 9, del regolamento di cui al decreto del Ministro dell'istruzione, dell'universita' e della ricerca 22 ottobre 2004, n. 270;

c) professionisti specialisti in possesso del master di primo livello per le funzioni specialistiche rilasciato dall'universita' ai sensi dell'articolo 3, comma 8, del regolamento di cui al decreto del Ministro dell'universita' e della ricerca scientifica e tecnologica 3 novembre 1999, n. 509, e dell'articolo 3, comma 9, del regolamento di cui al decreto del Ministro dell'istruzione, dell'universita' e della ricerca 22 ottobre 2004, n. 270;

d) professionisti dirigenti in possesso della laurea specialistica di cui al decreto del Ministro dell'universita' e della ricerca scientifica e tecnologica 2 aprile 2001, pubblicato nel supplemento ordinario alla Gazzetta Ufficiale n. 128 del 5 giugno 2001, e che abbiano esercitato l'attivita' professionale con rapporto di lavoro dipendente per almeno cinque anni, oppure ai quali siano stati conferiti incarichi dirigenziali ai sensi dell'articolo 7 della legge 10 agosto 2000, n. 251, e successive modificazioni.

2. Per i profili delle professioni sanitarie di cui al comma 1 puo' essere istituita la funzione di coordinamento, senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica. A tal fine, l'eventuale conferimento di incarichi di coordinamento ovvero di incarichi direttivi comporta per le organizzazioni sanitarie e socio-sanitarie pubbliche interessate, ai sensi dell'articolo 7 della legge 10 agosto 2000, n. 251, l'obbligo contestuale di sopprimere nelle piante organiche di

riferimento un numero di posizioni effettivamente occupate ed equivalenti sul piano finanziario.

3. I criteri e le modalita' per l'attivazione della funzione di coordinamento in tutte le organizzazioni sanitarie e socio-sanitarie pubbliche e private sono definiti, entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, con apposito accordo, ai sensi dell'articolo 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Ministro della salute e le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano.

4. L'esercizio della funzione di coordinamento e' espletato da coloro che siano in possesso dei seguenti requisiti:

a) master di primo livello in management o per le funzioni di coordinamento nell'area di appartenenza, rilasciato ai sensi dell'articolo 3, comma 8, del regolamento di cui al decreto del Ministro dell'universita' e della ricerca scientifica e tecnologica 3 novembre 1999, n. 509, e dell'articolo 3, comma 9, del regolamento di cui al decreto del Ministro dell'istruzione, dell'universita' e della ricerca 22 ottobre 2004, n. 270;

b) esperienza almeno triennale nel profilo di appartenenza.

5. Il certificato di abilitazione alle funzioni direttive nell'assistenza infermieristica, incluso quello rilasciato in base alla pregressa normativa, e' valido per l'esercizio della funzione di coordinatore.

6. Il coordinamento viene affidato nel rispetto dei profili professionali, in correlazione agli ambiti ed alle specifiche aree assistenziali, dipartimentali e territoriali.

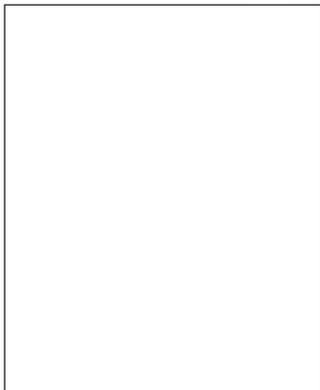
7. Le organizzazioni sanitarie e socio-sanitarie, pubbliche e private, nelle aree caratterizzate da una determinata specificita' assistenziale, ove istituiscano funzioni di coordinamento ai sensi del comma 2, affidano il coordinamento allo specifico profilo professionale.

ART. 7.
(Disposizioni finali).

1. Alle professioni sanitarie infermieristiche, ostetrica, riabilitative, tecnico-sanitarie e della prevenzione già riconosciute alla data di entrata in vigore della presente legge continuano ad applicarsi le disposizioni contenute nelle rispettive fonti di riconoscimento, salvo quanto previsto dalla presente legge.
2. Con il medesimo procedimento di cui all'articolo 6, comma 3, della presente legge, in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, previa acquisizione del parere degli ordini professionali delle professioni interessate, si può procedere ad integrazioni delle professioni riconosciute ai sensi dell'articolo 6, comma 3, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni.
3. La presente legge non comporta nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica.

La presente legge, munita del sigillo dello Stato, sarà inserita nella Raccolta ufficiale degli atti normativi della Repubblica italiana. È fatto obbligo a chiunque spetti di osservarla e di farla osservare come legge dello Stato.

Data a Roma, addì 1° febbraio 2006

		IPASVI	
	Collegio Infermieri Professionali Assistenti Sanitari Vigilatrici d'Infanzia della Provincia di VENEZIA		
Cognome Nome Professione	Nato/a: Città gg/mm/aa	Residente a: Città	
		via	
Iscritto all'Albo Professionale dal: gg/mm/aa al n°: ____			Il Presidente Luigino Schiavon

Si invitano gli iscritti ad inviare via e-mail una fototessera in formato JPEG che, non superi i 2 MB o, le dimensioni 14 cm x 12 cm all'indirizzo ipasvive@tin.it. Via posta invece, un'unica fototessera. Si prega peraltro, di allegare i dati necessari per una corretta compilazione (vedi riproduzione della tessera)

INFERMIERI E APPARECCHI RADIOLOGICI

di L. Schiavon

Ai Direttori Generali
Ai Direttori Sanitari
Ai Responsabili Servizi Infermieristici
delle Aziende U.L.S.S.

e p. c. Al Collegio Provinciale Tecnici
Sanitari di Radiologia Medica

Venezia-Mestre, 19 Gennaio 2006

Lo scrivente Collegio provinciale IPASVI di Venezia, nella sua veste di ente di diritto pubblico istituzionalmente preposto alla tutela e vigilanza della professione infermieristica, intende far rilevare quanto segue.

Si è venuti a conoscenza che sono state emesse disposizioni che durante lo svolgimento degli interventi chirurgici in ortopedia e in altre specialità non in regime di urgenza siano degli infermieri a garantire l'utilizzo degli apparecchi radiologici per l'effettuazione della scopia. Come è noto, il campo proprio di attività e di responsabilità di ciascuna professione sanitaria, ai sensi dell'art. 1 della legge n. 42/1999 e della successiva legge n. 251/2000, è determinato dai contenuti dei rispettivi profili professionali, dagli ordinamenti didattici dei relativi corsi universitari, nonché dagli specifici codici deontologici.

Nel rispetto reciproco delle specifiche competenze professionali, lo scrivente Collegio non può fare a meno di rilevare che l'uso di sorgenti di radiazioni ionizzanti, di energie termiche, ultrasoniche, di

risonanza magnetica nucleare rientra tra i compiti che definiscono il profilo professionale del Tecnico Sanitario di Radiologia Medica (D.M. 26 settembre 1994 n. 746) e non dell'infermiere.

Si sottolinea altresì che i tecnici sanitari di radiologia medica, quali professionisti in possesso dello specifico titolo abilitante ed iscritti nel rispettivo Albo professionale, "assumono la responsabilità specifica tecnico-professionale degli atti a loro attribuiti", ai sensi dell'art. 11 della legge n. 1103/1965 come sostituito dall'art. 4 della legge n. 25/1983.

L'art. 16 della citata legge n. 1103/1965, infine, dispone che chiunque eserciti la professione di tecnico sanitario di radiologia medica in violazione delle norme contenute nella legge stessa (tra cui quelle relative all'obbligo di iscrizione all'Albo professionale dei TSRM) "è soggetto alle pene di cui all'art. 348 del codice penale" per esercizio abusivo della professione. Per tutto quanto sopra esposto le disposizioni emanate sono da intendersi del tutto illegittime e pertanto lo scrivente Collegio invita formalmente codesta Direzione a attribuiscono ad infermieri compiti che esulano "dal campo proprio di attività" della professione infermieristica e che siano riservati ad altro professionista sanitario, in particolare dell'area tecnico-diagnostica. Con avviso che, in difetto, ci si riserva ogni ulteriore azione nell'interesse e per conto dei propri iscritti.

Cordiali Saluti.

FORMAZIONE

SCHEDA DI ISCRIZIONE AL CORSO DI

ITALIANO E LEGISLAZIONE SANITARIA PER INFERMIERI STRANIERI

CORSO DI INFORMATICA

CORSO DI INGLESE

Da compilare e inviare via Fax al n° 0415040882

Cognome _____ Nome _____

Nata a _____ Il _____

Codice fiscale _____

Indirizzo _____

Cap _____ Città _____ Prov _____

Tel. _____ Fax _____

Iscritta al collegio IPASVI di VE n° _____

Quota iscrizione € 30,00

" I corsi saranno avviati al raggiungimento del numero minimo di 15 partecipanti

" Il corso di informatica e Italiano per infermieri stranieri si terrà a Mestre,

" Corso di Inglese edizione di Mestre edizione di S.Donà

VALUTARE GLI INFERMIERI

ARTICOLO ESTRATTO DALLA "TESI DI MASTER 1° LIVELLO IN MANAGEMENT INFERMIERISTICO PER LE FUNZIONI DI COORDINAMENTO"

UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI UDINE-
SEDE DI PORDENONE A.A 2003/2004

TITOLO: LA VALUTAZIONE DEL PERSONALE INFERMIERISTICO QUALE STRUMENTO PER MIGLIORARE LA QUALITÀ ASSISTENZIALE

ABSTRACT

Nell'estratto di tesi che segue, attraverso una revisione bibliografica, si intende evidenziare quali possano essere le ricadute che la valutazione del personale infermieristico hanno sul miglioramento della qualità assistenziale. Il coordinatore infermieristico ha in capo una grande responsabilità perché deve garantire da un lato all'utente, le migliori performance assistenziali fondate su principi di efficacia ed efficienza, e dall'altro, la soddisfazione del lavoro svolto dal personale. Non bisogna dimenticare inoltre che le risorse economiche, che le aziende sanitarie offrono, sono sempre più scarse e che le normative, invece pongono obiettivi sempre più ambiziosi. La valutazione del personale infermieristico è uno degli strumenti, ma non il solo, che può aiutare il coordinatore a creare nell'infermiere la consapevolezza del ruolo che svolge nei confronti del malato e dare un grosso

stimolo al miglioramento della qualità assistenziale, da lui e dall'equipe, erogata. Fondamentale è la competenza che il coordinatore deve acquisire nel gestire il processo valutativo in generale e lo strumento di valutazione in particolare. Il colloquio di valutazione deve diventare un momento di riflessione in cui si verifica il raggiungimento degli obiettivi prefissati o eventualmente esaminare strategie di recupero, rinforzo, riorientamento o formazione avvertite o rilevate necessarie per il miglioramento delle prestazioni professionali dell'operatore.

Introduzione

I professionisti infermieri, i quali assumono un ruolo centrale nell'erogazione delle prestazioni percepite come essenziali dai cittadini e dalla collettività devono costantemente trovare nella professione stessa le motivazioni per svolgerla sempre meglio, e devono recepire con prontezza le sollecitazioni in tal senso che giungono dall'esterno (1).

Il coordinatore infermieristico, dal canto suo deve poter usufruire di strumenti che gli permettano di valutare il personale presidiando le competenze e le performance erogate dal professionista nei confronti del cittadino. La gestione e lo sviluppo delle competenze sono elementi fondamentali per il raggiungimento degli obiettivi dell'organizzazione, nonché l'unica garanzia reale per ottenere da dipendenti motivati e soddisfatti del proprio lavoro

prestazioni efficaci ed efficienti in campo assistenziale (2).

La valutazione della qualità, implica l'analisi (in ogni singolo servizio o unità operativa) delle valenze professionali, di quelle organizzative, della disponibilità di risorse dedicate agli scopi previsti, dell'accessibilità ai servizi, del rendimento delle azioni (in termini di risultati nei confronti dei rischi, di motivazione/soddisfazione degli operatori e infine anche di soddisfazione degli utenti). Valutare il personale non significa solo dare valore al lavoro svolto ma anche migliorare la persona potenziando gli aspetti positivi, correggendo i punti deboli e identificando strategie di miglioramento; tutto questo deve permettere la sua crescita professionale incrementandone le potenzialità.

Un ultimo aspetto, ma non per questo meno importante è che la valutazione assume una valenza di promozione dello sviluppo di politiche retributive legate alla gestione del sistema premiante permettendo una effettiva valorizzazione economica e un'incremento alla produttività aziendale.

Il sistema, dunque deve tenere conto dell'insieme di conoscenze, atteggiamenti, attitudini e capacità tecniche acquisite durante la formazione e di come questi si traducono nell'operatività ovvero il modo in cui sono organizzate, integrate e realizzate nella pratica (3).

LA QUALITÀ DELL'ASSISTENZA INFERMIERISTICA

Il processo assistenziale, inteso in senso globale richiede l'integrazione di più figure presenti nel panorama sanitario; queste, a seconda delle proprie competenze e responsabilità apportano un contributo prezioso nel migliorare lo stato di salute dell'utente/cliente.

Tutti i dati derivanti dai risultati del

processo di nursing (esiti infermieristici) dovrebbero essere raccolti in una banca dati generale a cui potrebbero accedere varie figure del mondo politico, sanitario e amministrativo al fine di utilizzarli per la modifica o miglioramento delle strutture organizzativo- assistenziali (15).

L'assistenza che l'infermiere è chiamato ad erogare occupa senza dubbio una cospicua fetta del paniere della "qualità assistenziale erogata" ma non ne è certamente l'unico attore coinvolto.

La valutazione della qualità dell'assistenza
Numerose sono le motivazioni che inducono gli infermieri a valutare la qualità (VQAI- valutazione della qualità dell'assistenza) delle cure erogate, ciò presuppone che tutta l'attività sanitaria debba essere fornita ad un livello ottimale ed essere sottoposta a verifica e revisione sistematica lungo un percorso che conduca al mantenimento e, ove possibile, al miglioramento della sua qualità. A questo punto entrano in gioco due fattori fondamentali: il primo riguarda la continua crescita della spesa sanitaria determinando nel tempo una politica di risparmio attraverso una migliore allocazione delle risorse e non senza possibili ripercussioni sulla qualità dell'assistenza, il secondo motivo si manifesta invece, attraverso la discrepanza tra qualità dell'assistenza infermieristica che teoricamente sarebbe possibile erogare (efficacy) e la qualità che realmente viene erogata (effectiveness). Questa discrepanza è dovuta, nella maggior parte dei casi ad una incompleta applicazione di tutte le condizioni che portano ad un risultato ottimale. La valutazione della qualità diventa così uno strumento per migliorare la propria professionalità perché solo il professionista che misura e confronta i risultati della propria pratica con quelli attesi è in grado di riscontrare eventuali differenze

identificandone le cause e ponendo la misura di miglioramento (17).

LA VALUTAZIONE DEL PERSONALE INFERMIERISTICO

Le persone sono la principale risorsa delle organizzazioni di servizio e ne determinano il valore aggiunto. La non corrispondenza tra le aspettative e gli obiettivi degli operatori e quelli aziendali, può determinare nei professionisti l'insoddisfazione e la demotivazione nell'esercizio del proprio ruolo lavorativo, con possibili conseguenze sulla qualità delle loro prestazioni.

Le organizzazioni sanitarie sono organizzazioni estremamente dinamiche, con un elevato livello di complessità e di variabilità che se non ben governato, aumenta il livello di incertezza.

Presupposto dell'attività di valutazione è la convinzione che il lavoro umano organizzato in qualsivoglia campo di attività è sempre migliorabile a vantaggio di chi è direttamente coinvolto nell'azione, sia dei fruitori dell'azione stessa.

La valutazione si configura quindi come strumento in grado di favorire la capacità di (auto) governo da parte delle organizzazioni, nonché di assicurare una maggiore trasparenza dei processi decisionali ed organizzativi a beneficio sia degli operatori che del servizio finale.

La valutazione del personale costituisce una tematica fondamentale in tutte le organizzazioni e ne rappresenta un atto fondamentale tra le varie azioni di gestione del personale, a cui non ci si può sottrarre. L'alternativa sta nel metodo e nell'oggetto della valutazione stessa. Nel passato la valutazione prendeva in esame il modello comportamentale, dove il giudizio espresso era soggettivo ed andava a valutare anche aspetti della personalità. Le finalità di tale modello erano legate esclusivamente ad aspetti economici. Una visione moderna vede come oggetto della valutazione i

risultati o meglio le prestazioni, dando così un giudizio più oggettivo. Un'ulteriore tappa è quella di arrivare ad una valutazione basata su obiettivi comuni e condivisi, come un passaggio obbligatorio per coinvolgere, valorizzare, aiutare l'operatore ad aderire alle finalità dell'azienda, a garantire competenza nel proprio operato, attraverso lo sviluppo professionale continuo.

Il sistema premiante deve avere alla base il raggiungimento di obiettivi di miglioramento e la responsabilizzazione sugli esiti. Inoltre, il raggiungimento degli obiettivi va misurato in termini di efficacia, efficienza, tempestività, flessibilità(32).

LA VALUTAZIONE DEL PERSONALE INFERMIERISTICO E LE RICADUTE SULL'ASSISTENZA

Il coordinatore può divenire guida per una nuova cultura degli infermieri verso il cliente. E' doveroso infatti porre il cittadino al centro dell'assistenza, uscendo dagli attuali schemi assistenziali in cui l'operatore è molto più legato ai "riti istituzionali" che non ai bisogni dei clienti/utenti.

Il cittadino chiede sempre più a viva voce di poter essere considerato come persona con propri bisogni, cultura, stile di vita, e di andare oltre l'anonimato, la massificazione che il Sistema sanitario nazionale tende ad offrire.

Il coordinatore è chiamato ad assumersi il ruolo di "maestro" al fine di promuovere una cultura di rigore scientifico stimolando il personale infermieristico ad agire secondo linee guida basate sulla medicina delle evidenze.

In tal senso questo nuovo approccio alla scienza infermieristica si basa su rigorosi criteri di dimostrazione scientifica come i clinical trial randomizzati e controllati, in maniera preponderante, ed in minor misura le meta analisi, i trial non randomizzati e il parere degli esperti (44).

Il coordinatore, altresì deve assumersi la responsabilità di fornire un'assistenza globale e innovativa onde offrire il più alto livello di qualità compatibile con le risorse disponibili e le esigenze di produttività. Egli ha inoltre la responsabilità organizzativa di selezionare gli obiettivi specifici del servizio di assistenza e di orientare i comportamenti del personale verso il loro raggiungimento.

Il coordinatore infermieristico è l'operatore che pone grande attenzione alla modalità di attuazione delle prestazioni assistenziali che possono determinare in modo rilevante la qualità e la quantità delle prestazioni (45).

Il costo dei servizi sanitari, a causa della raffinatezza delle tecniche, è aumentato vertiginosamente in questi ultimi anni.

L'impegno economico destinato alla sanità richiede controlli in termini di efficienza, efficacia e garanzia sulla qualità delle cure.

La necessità di valutare l'efficacia dell'assistenza assume un'importanza sempre maggiore per indirizzare l'attività professionale verso criteri di qualità coerenti con i bisogni del paziente. La valutazione delle performance offre un contributo significativo per lo sviluppo di carriera degli infermieri. Usare strategicamente questo tipo di valutazione serve al professionista infermiere a migliorare e consolidare le conoscenze e le abilità pratiche.

Si assiste anche ad un ulteriore e netto beneficio per i clienti/utenti migliorando le conseguenze sulla qualità delle prestazioni, aumentando la soddisfazione del lavoro svolto dal personale e ad un buon utilizzo delle risorse economiche. I problemi legati alla valutazione delle performance in virtù dello sviluppo professionale si notano soprattutto nell'ambito gestionale quando i manager non capiscono i principi della valutazione stessa. Essi infatti hanno bisogno di

consultarsi spesso con il personale di staff sulle attività riguardanti lo sviluppo personale (46).

Nell'ambito dell'assistenza infermieristica, la valutazione e la revisione della qualità permettono di rimettere in discussione diversi atti e tecniche infermieristiche, di identificare le procedure che hanno impatto positivo sulla salute del paziente e di scartare quelle che danno scarsi risultati (47).

L'utilizzo di griglie che permettono la valutazione del personale oltre ad un adempimento rispetto alle normative e alle regole per l'accreditamento istituzionale, rappresentano una rottura del modo di pensare corrente. Esse introducono un elemento essenziale non solo per il controllo della qualità, ma soprattutto per rafforzare la tendenza ad un miglioramento continuo della qualità e ad un agire professionale centrato sul cliente/utente e sui suoi bisogni (48).

CONCLUSIONI

La sanità (intesa come organizzazione in grado di erogare assistenza) è un servizio, nelle organizzazioni di servizio i risultati in buona misura sono correlati alle risorse umane e alle loro capacità di organizzarsi in termini di efficacia e di efficienza, la valutazione della qualità del servizio e soprattutto lo sviluppo della cultura della qualità passano attraverso la revisione critica delle procedure, dei processi, delle consuetudini e delle competenze dei professionisti che vi operano.

La valutazione del personale infermieristico (e non solo) a cui un coordinatore è tenuto ad adempiere, offre lo spunto iniziale per rimettere in discussione il professionista durante il momento valutativo. Il valutato infatti, venendo confrontato in base alle prestazioni che eroga all'utente (e/o anche ai care giver) ai risultati conseguiti, ai

comportamenti messi in atto e sulle conoscenze espresse, fa sì che migliore sia la performance e migliore sarà il risultato ottenuto in termini di salute. Tutto questo permette al panorama sanitario sempre più orientato alla qualità che venga posto il cittadino al centro del processo di cura e gli venga lasciata non solo la facoltà di scegliere ma anche quella di pretendere le migliori cure assistenziali possibili.

All'obiettivo di migliorare la qualità assistenziale contribuiscono una moltitudine di fattori tra i quali troviamo: le basi normative di carattere generale, (ad esempio verso le aziende o verso gli utenti) le norme riguardanti la professione (ad esempio il codice deontologico e il profilo professionale dell'infermiere), i Contratti Collettivi Nazionali di lavoro, il sistema premiante ed incentivante, la soddisfazione dell'utente e dell'operatore, l'utilizzo di pratiche basate su evidenze scientifiche, il clima organizzativo e il sistema valutativo del personale.

L'utilizzo di quest'ultimo per ottemperare a criteri di efficacia, richiede un momento di condivisione con il personale valutato permettendo così al coordinatore di usufruire di uno strumento che permetta di poter trasformare e potenziare in punti di forza i punti di debolezza del sistema. Il momento più significativo è senza dubbio il colloquio di valutazione tra il valutato e il valutatore; quest'ultimo, tenendo ben presenti alcune variabili quali l'utilizzo di un setting (ambiente) adeguato, le proprie competenze, una griglia o scheda di riferimento contenente gli obiettivi predefiniti, le variabili da valutare deve riuscire ad individuare e a far condividere all'altro le aree di criticità evidenziate, trasformandole poi in obiettivi di miglioramento misurabili e quantificabili. Un aspetto che forse va evidenziato è la diffusa diffidenza che esiste nella nostra

cultura nei confronti della valutazione, essa infatti è sempre stata vista come un metodo sistematico per rilevare le cose non vanno, i comportamenti negativi (ad esempio la penna rossa degli insegnanti) e poco come un'opportunità di miglioramento, molto incentrata sulla competizione individuale (io sono più bravo di te - questa cosa so farla benissimo) e non sulla cooperazione e sulla valorizzazione delle potenzialità di ognuno (insieme dobbiamo fare questa cosa io sono più capace di fare x e tu y, vediamo come possiamo cooperare e come possiamo integrarci - dobbiamo fare questa cosa vediamo quale contributo può essere apportato da ciascuno di noi per farla risultare il meglio).

La valutazione del personale sulla base di risultati attesi definiti e concordati concorre quindi al miglioramento della qualità e allo sviluppo di una cultura della qualità del servizio.

BIBLIOGRAFIA

- 1) Editoriale, Management Infermieristico, n. 4, 1999, p3
- 2) Agnelli M. et al., Rivista 24 ore Sanità Management, n. 4, 2003, pag. 6-7
- 3) Cantarelli M., Pontello G., Principi amministrativi applicati alla professione, ed. Masson, 1989, pag. 119
- 15) Swan & Boruch, Quality of Evidence, Medical Care, vol. 42, number 2, February, 2004.
- 17) Bonoldi A., Grugnetti A.M., Il miglioramento continuo della qualità assistenziale, riv. Nursing Oggi, n. 1, 1996.
- 32) Di Giacomo P., La valorizzazione della professionalità nella gestione delle risorse umane, Management infermieristico n. 3/2002
- 44) Swan & Boruch, Quality of Evidence, op. cit
- 45) Massei A., Dirigere i servizi infermieristici, ed. Culs, Milano 1990, cap. 8
- 46) J. Nurs Pract. 2001 Feb;7(1): 54-6, School of Clinical Sciences, Charles Sturt University, Wagga Wagga, New South Wales, Australia.
- 47) Vaccani, Dal Ponte, Ondoli, Gli strumenti del Management sanitario, ed. Carrocci 2002, p. 297-298
- 48) Marastoni G., riv. Management Infermieristico, n. 2, 2000, p. 13

BENETTI CORRADO

INFERMIERE COORDINATORE U.O.C.

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

PRESIDIO OSPEDALIERO DI PORTOGRUARO

IL NUOVO CONSIGLIO DIRETTIVO

2006/2008



Luigino Schiavon (Presidente)



Giovanna Noè (Vicepresidente)



Luigino Boldrin (Tesoriere)



Sergio Bontempi (Segretario)



Patrizia Biscaro



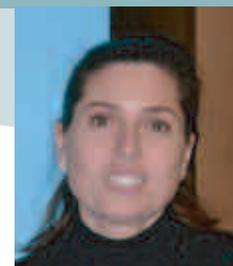
Alessandro Monetti



Maria Rosa Boscolo



Alessandra De Pieri



Micaela De Rossi



Mario Iannotta



Elsa Labelli



Carlo Masato



Maria Cristina Rosa



Mirko Romanato



Mario Vidal