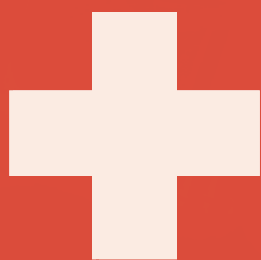


IN CASO DI MANCATO RECAPITO RESISTITUIRE AL C.M.P.
DI VENEZIA PREVIO PAGAMENTO RESI
ORGANO UFFICIALE DEL COLLEGIO IPASVI DI VENEZIA

SPAZIO APERTO



TERRITORIO DA VALORIZZARE



3

TRIMESTRALE N.3
ANNO IV
DICEMBRE 2006
POSTE ITALIANE S.p.A.
SPEDIZIONE IN
A.P.-d.l. 353/2003
(CONV. MI 27/02/2004
N° 46) art. 1 comma 1,
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
dicembre 2006
Realizzato da:
Stamperia Cetid srl
via Mutinelli 9 -
Venezia Mestre
tel. 041-5345839
fax 041-611725
info@stamperiacetid.it

Direttore responsabile
Luigino Schiavon

Direzione-Redazione
Amministrazione
P.le L. da Vinci 8
Mestre
tel. 041-5055951
fax 041-5040882
collegio@ipasvive.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°

3
anno
IV

EDITORIALE -
di Luigino Schiavon

3

LE CURE A DOMICILIO IN ANDALUSIA -
di Maurizio Memo

4-8

INFERMIERE DI COMUNITÀ -
di Alessandro Benvegnù

9-14

A.D.I. UN CANTIERE APERTO -
di Sandra Minchio

15-20

AGGRESSIONE IN S.P.D.C. -
di Luigino Schiavon e Alberto Camuccio

21-23

dalla CROCE VERDE -
di Maurizio Ciriello

24

COSTRUIRE IL CURRICULUM -
di Elsa Labelli

25-28

ECCE-InFAD -
di Giulia Candiani

29-30

EDITORIALE

"Guardare avanti"



di Luigino Schiavon

Advanced nursing care is focus of ANA (American Nurses Association) lobbying.

È giunto il tempo di iniziare a comprendere cosa significhi assistenza infermieristica avanzata e quanto sia indispensabile diventare lobby. Queste poche parole introduttive sarebbero del tutto sufficienti per riassumere alcuni concetti di cui in questi tempi si sta intensamente discutendo; ma proprio allo scopo di stimolare la discussione, più che limitarsi agli slogan, è importante fermarsi un attimo e condividere alcune osservazioni, a conclusione di un intenso anno di attività, ma, ancor più, in previsione di quello che ci attende.

In primo luogo i passaggi normativi, ma ancor più i cambiamenti organizzativi, impongono una profonda revisione del nostro nodo di intendere la professione. Se da un lato la sicurezza derivante dalla consuetudine ci permette di non metterci in discussione, dall'altra l'opportunità che l'immediato futuro ci sta facendo scorgere viene a rappresentare una scommessa formidabile. È sotto gli occhi di tutti come l'assistenza infermieristica sia sempre più determinante nei processi di cura, ed è anche evidente come l'organizzazione si aspetti dagli infermieri nuove e diverse responsabilità. Dobbiamo passare da un modo di operare centrato sulla esclusiva abilità alla competenza professionale. In questo complicato processo di cambiamento rimane aperta la problematica rappresentata dai rapporti con il personale di supporto. È indubbio che alcune attività possano essere loro attribuite, ma ciò necessita in via preliminare che sia ridisegnata l'architettura organizzativa dei servizi.

Un altro commento è dedicato a tutte le situazioni in cui, ad esempio per la mancanza di ostetriche o dei tecnici di radiologia medica, si richiede ai professionisti infermieri di "eseguire" attività improprie, al limite dell'abuso della professione. Non possiamo certo parlare in queste situazioni di assistenza avanzata, bensì di mera compensazione di carenze organizzative. Spesso si preferisce delegare ad altri le proprie responsabilità piuttosto che risponderne. Tuttavia, prestando attenzione, sentiremmo molti "campanelli" che suonano, campanelli che rappresentano i bisogni del cittadino cui l'infermiere, per primo deve rispondere senza adottare processi di delega.

Assistenza infermieristica avanzata significa infatti "prendere in carico", "prendersi cura" non del singolo bisogno ma della persona nella sua interezza, riducendone i rischi e l'insicurezza. Non è certo scimmiettando i medici che si diventa bravi infermieri, lo si diventa con l'autorevolezza derivante dal proprio processo formativo, attraverso la condivisione e lo scambio, e grazie alla revisione sistematica del proprio agire. Vi è un grande innamoramento da parte di molti colleghi nei confronti di una infermieristica ipertecnicistica, monitor, sirene, apparecchiature sofisticate, tutto ciò, che pure è espressione del "progresso" tecnico, non è sufficiente per essere professionisti a pieno titolo: è necessario infatti non dimenticare mai che la nostra professione valuta, pianifica, gestisce e verifica non le macchine ma il paziente, non il processo diagnostico ma l'assistenza. Lo sforzo che ci aspetta è dunque quello di sviluppare modelli di assistenza infermieristica avanzata con coerenza e competenza, facendo della condivisione e della discussione un elemento fondante. Non sono gli ordini di servizio o le deliberazioni del direttore generale, né tanto meno eventi formativi "spot" a facilitare il cambiamento. I dirigenti o i coordinatori devono facilitare questo articolato processo discutendo con i propri colleghi di linea, devono permettere che l'intero gruppo professionale condivida con loro le scelte, perché il successo o l'insuccesso dipendono in larga misura dalla capacità di coinvolgere chi poi darà gambe e significato ai progetti.

È questo uno dei modi affinché il gruppo professionale cominci ad aggregarsi su obiettivi e strategie, su priorità e alleanze; cominci in poche parole a creare una lobby che sappia mettere in campo il peso della professione dalle singole unità operative alle direzioni generali, dai rapporti con le organizzazioni sindacali ai rapporti con la politica sanitaria. Il senso di appartenenza al gruppo diviene tanto più importante quanto più chiaro e condiviso è l'obiettivo, senza una meta definita grande è il rischio di perdere la strada: noi non possiamo permettercelo!

LE CURE A DOMICILIO IN ANDALUSIA

a cura di Maurizio Memo

Traduzione di Maurizio Memo

1. INTRODUZIONE

I Termini “Cure a domicilio” sono chiamate in forma generica un ampio ventaglio di servizi di appoggio per persone dipendenti e con incapacità. La denominazione include dai servizi di aiuto per le attività di vita quotidiana alle faccende domestiche che richiedono una qualificazione minima, alle cure professionali che si avvalgono di tecnologia sofisticata. Questa modalità di attenzione varia anche in termini di durata dei servizi: in alcuni casi si offrono per breve tempo dopo una ospedalizzazione, mentre in altri casi si tratta di cure di lunga durata richiesti in conseguenza di processi cronici invalidanti. L'interesse per l'attenzione domiciliare si è accentuata nell'ultima decade per le seguenti ragioni:

La pressione demografica derivata dall'invecchiamento della popolazione presuppone un aumento delle necessità di cura di salute soprattutto quelle orientate a supplire o compensare la perdita della capacità di autocura.

La diminuzione della disponibilità dei Caregivers informali dovuta alla costruzione del modello familiare “a piccola famiglia” ed alla crescente partecipazione della donna al mercato del lavoro anche lontano dal luogo di origine.

La politica di trasformazione della medicina del ricovero a quella della risposta ambulatoriale e allo sviluppo di RSA ed altre forme di assistenza residenziale.

I cambiamenti nel contenuto e complessità delle cure domiciliari, utilizzando le opportunità di trattamento e osservazione che offrono le tecnologie avanzate.

Sebbene la gamma di cura che si offre nella casa del paziente include l'assistenza medica, terapia occupazionale e fisioterapica, l'interesse ci concentra, prevalentemente, nell'analisi delle cure domiciliari infermieristiche a domicilio e nei servizi di aiuto domiciliare, all'essere questi che costituiscono la base delle cure di lunga durata.

I principali studi che comparano la situazione nell'ambito internazionale evidenziano due gruppi di paesi rispetto al livello di sviluppo dell'attenzione domiciliare, da una parte la Danimarca, Olanda, Irlanda, Svezia, Finlandia, Belgio e Regno Unito che dispongono di sistemi abbastanza bene sviluppati.

Dall'altra parte un gruppo di paesi come Austria, Grecia, Italia, Portogallo e Spagna nei quali il processo di sviluppo è iniziato un ventennio fa.

I Criteri nei quali si basa questa divisione che ha a che vedere con la differenza esistente nei seguenti elementi:

Gli utenti ai quali si rivolge il servizio, includendo l'età e la situazione di salute

I Modelli della pratica professionale, includendo il titolo attribuito ai professionisti, ai pazienti e alla rete formale di cure, il tipo di problemi del paziente sui quali si interviene, e che si realizzano, la tecnologia utilizzata, e i risultati che si sperano di ottenere dagli interventi. Inoltre i modelli di pratica professionale mostrano differenze tra paesi e dentro allo stesso paese, tra le regioni, aree di salute, incluso all'interno degli stessi professionisti. I servizi infermieristici a domicilio più sviluppati non richiedono la prescrizione di un medico per essere attivati, questo è un requisito in Finlandia, Francia e Germania. Includono la gestione dei casi (individuazione del bisogno, piano assistenziale, valutazione, coordinamento delle

cure e l'assegnazione di ricorsi, inclusa l'aiuto a domicilio), utilizzano modalità standardizzate di valutazione e sistemi di classificazione per dare priorità all'ingresso nelle strutture e istituti di assistenza. Gli assistenti sono soggetti a processi di valutazione in sintonia con gli standards accettati, e l'infermiere/a che realizza la valutazione integrale ed il piano assistenziale vuole essere un'infermiere/a specialista in infermieristica comunitaria. Gli interventi sono diretti a modulare, proporzionare l'aiuto per l'autocura, l'educazione del paziente, cure di tipo psicosociale, attività di rinforzo e appoggio alla rete familiare, così come procedimenti tecnici che includono dalla somministrazione della terapia iniettabile o realizzare una cura, alla somministrazione di un'anestesia epidurale, introdurre un catetere o maneggiare un respiratore meccanico.

La previsione dei servizi varia, da alcuni paesi ad altri, nella qualificazione degli infermiere/e che gestiscono i casi o realizzano le cure, i meccanismi di captazione e riferimento per accedere ai servizi, gli strumenti di valutazione, i meccanismi di finanziamento dei servizi e la partecipazione del cliente degli stessi. Nei paesi che hanno sviluppato un modello basato sull'equipe multidisciplinare che lavorano in centri di attenzione primaria l'attenzione domiciliare avviene come parte nell'insieme delle attività integrate dagli stessi professionisti che hanno responsabilità sui pazienti e/o famiglie, garantendo così la continuità delle cure assistenziali senza che questa si trovi ad essere pregiudicata dal grado di dipendenza.

In quei paesi con un sistema di attenzione primaria basato sulle pratiche professionali indipendenti hanno sviluppato strutture specifiche per l'attenzione domiciliare, per esempio la Danimarca e Olanda.

Al margine del modello, tutti i paesi con sistemi di attenzione domiciliare ben sviluppati coincide con le tendenze di aumento del livello di coordinamento, collaborazione e integrazione tra i servizi di attenzione domiciliare sanitaria e aiuto sociale a domicilio. Alcuni paesi come la Danimarca, Olanda e Irlanda sono arrivati alla integrazione totale di ambo i servizi in una sola organizzazione, in Olanda e Irlanda dal sistema sanitario.

Le infermiere sono il principale fornitore e gestore del servizio in tutti i paesi, in collaborazione diretta con medici e operatori sociali in quelli e nei quali la attenzione domiciliare si fornisce dai centri di salute.

Incorporazione del personale ausiliario per aiuto alle faccende di igiene personale e procedimenti poco complessi, lasciando all'impiego di professionisti che integrano lavori di appoggio tanto alle attività di cura della persona che a quelle strumentali.

L'aumento della partecipazione di altri professionisti, come terapisti occupazionali, fisioterapisti, podologi e infermieri specialisti in salute mentale e pediatria.

Sviluppo di programmi di attenzione ai caregivers principali della rete informale: formazione e rassicurazione per le cure, tenuta dei problemi di scontro, promozione degli aiuti di reciprocità alle associazioni, servizi di respiro.

L'attenzione domiciliare è una modalità assistenziale diretta a quelle persone che, per la loro situazione di salute o per problemi sociosanitari, richiedono cure domiciliari con carattere temporale o permanente. Sebbene, in principio i destinatari erano persone che non potevano arrivare al distretto, è apparso conveniente includere anche quelle che avevano grandi difficoltà di spostamento. Allo stesso tempo, lo sviluppo di altri servizi può richiedere lo spostamento dei professionisti al domicilio dei pazienti per valutare l'ambiente fisico o le relazioni familiari, senza che questo supponga la inclusione in questa modalità di attenzione. L'attenzione domiciliare costituisce un'alternativa assistenziale sempre che sia possibile garantire a casa un livello effettivamente simile a quello che potrebbe ottenersi in regime di istituzionalizzazione e sia accettato dal paziente/famiglia.

In modo totale la popolazione bersaglio si compone di :

Pazienti con necessità di cure dopo un ricovero ospedaliero ad alta intensità.

Pazienti immobilizzati per motivi neurologici, reumatologici, con deterioramento cognitivo ecc...

Persone in fase terminale.

Care givers principali.

Il servizio per ogni gruppo di popolazione dovrà includere le seguenti attività in funzione delle necessità individuate:

Valutazione integrale.

Valutazione del rischio nel luogo dove vive e previsione dell'aiuto tecnico e di adattamenti.

Attività preventive secondo il gruppo di rischio: vaccinazioni, prevenzione primaria e secondaria dei fattori di rischio cardiovascolare ecc..

Piano assistenziale multidisciplinare.

Individuazione precoce, trattamento e monitoraggio della ipertensione arteriosa, diabete, dislipidemie, tabagismo, obesità, sedentarietà, BPCO ed altri problemi cronici legati allo stato di salute.

Monitoraggio e controllo dei sintomi.

Aiuto nelle attività di vita quotidiana (ADL - IADL).

Educazione per l'autocura.

Interventi tecnici infermieristici: iniezioni, cura e sutura, prelievo di campioni per analisi, prove crociate, sondaggi, spirometrie e lavaggi oculari, nutrizione entrale, ventiloterapia, aerosolterapia e O2 terapia, controllo della terapia anticoagulante orale, interventi domiciliari urgenti.

Gestione del materiale sanitario e aiuto tecnico necessario per la disponibilità degli assistenti a domicilio.

Servizi di appoggio al caregiver principale: informazione, educazione per l'assistito, appoggio psicologico e sostegno emotivo, aiuto per la ricerca delle pratiche varie, mobilitazione delle reti di supporto, servizio e supporto di respiro per la famiglia, accompagnamento al lutto, supporto ai problemi da affrontare.

Supporto e attenzione telefonica.

Preparazione al ricovero ospedaliero ad alta intensità.

Criteri di inclusione.

Il Servizio si offre a quelle famiglie della fascia di base della salute con qualche familiare che all'atto della individuazione, presenta o è a rischio di sviluppare un deterioramento della motilità fisica (deterioramento della deambulazione, deterioramento della mobilità a letto, difficoltà nello spostamento letto - sedia) e/o alcuni dei seguenti problemi : Deterioramento della integrità cutanea, ulcere da pressione, ulcere vascolari, ferite che necessitano cure continue.

Grandi deficit di autocura : alimentazione, igiene, uso del bagno, vestirsi, eliminazione, incontinenza sfinterica urinaria, fecale, dolore acuto o cronico difficoltà di gestione del regime terapeutico, difficoltà per affrontare la malattia e le sue conseguenze.

Lutto anticipato.

Isolamento sociale: difficoltà di relazione con altre persone.

Confusione acuta e cronica.

Esacerbazione frequente del processo cronico: ospedalizzazioni frequenti.

Assenza di caregivers principali competenti: carenza di caregivers, o incompetenza per alta capacità e/o motivazione (scontro e tensione familiare).

Limiti del servizio:

Morte.

Cambio di domicilio.

Situazione di squilibrio tra le necessità delle cure del paziente e la competenza dei caregivers, con le risorse professionali sociali e sanitarie disponibili nella zona : istituzionalizzazione e' interessante sottolineare il ruolo fondamentale che rivestono i familiari nella presa in carico del paziente da parte del

servizio e la possibilità del servizio di offrire in una determinata zona i servizi indispensabili al paziente e alla famiglia affinché quest'ultimi possano affrontare l'assistenza domiciliare efficacemente. L'alternativa a tali condizioni resta la risposta residenziale.

In ogni caso emerge il concetto secondo il quale non tutto si può fare a domicilio e soprattutto **“nulla si impone alla famiglia”**.

Captazione:

Attraverso **l'infermiera responsabile del paziente in ospedale** (*) mediante contatto con l'infermiera di collegamento dell'attenzione domiciliare.

(*) Sinteticamente come la nostra dimissione protetta.

Criteri di esclusione:

Rifiuto del paziente/famiglia.

Situazione di squilibrio tra le necessità delle cure del paziente e la competenza dei caregivers, con le risorse professionali sociali e sanitarie disponibili nella zona: istituzionalizzazione.

Competenze dell'infermiera comunitaria di collegamento nell'assistenza domiciliare

H1 Sviluppo della relazione interpersonale

H2 Comunicazione scritta e verbale

H3 Negoziazione e risoluzione dei conflitti

H4 Capacità di reazione ai cambiamenti

H5 Impiego abituale della valutazione e analisi critica

H6 Gestione dei rischi

H7 Gestione delle équipes interdisciplinari

H8 Stabilire degli obiettivi comuni

H9 Pianificare e organizzare effettivamente l'autonomia del paziente e della sua famiglia

H10 Utilizzazione di tecnologia per la informazione e la comunicazione

Conoscenze

C1 Risorse di finanziamento e dispositivi di aiuto in materia sociosanitaria

C2 Servizi e risorse di salute disponibili

C3 Individuazione, identificazione, utilizzazione e valutazione delle risposte umane associate alla situazione di vulnerabilità

C4 Valutazione integrale e strumenti utilizzati dalla stessa

C5 Standards clinici caratteristici dei pazienti vulnerabili

C6 Risultati di salute più frequenti in pazienti vulnerabili: clinici, qualità della vita, economici, di soddisfazione

C7 Sistemi di Informazione in Salute

C8 Sistemi di Classificazione del Paziente

C9 Tassonomia e Classificazione in salute relazionata con l'assistente del paziente e famiglia vulnerabile

C10 Educazione per la salute

C11 Processi assistenziali : disegno, gestione e valutazione

C12 Strumenti per la gestione e miglioramento della qualità

C13 Tecnologia di comunicazione e telecura

C14 Metodologia di miglioramento della affettività e accesso a fonti di evidenza

C15 Assunzione di decisioni condivise

C16 Gestione di équipe di lavoro

ACTITUDES

Atteggiamenti

- A1 Visione integrale della persona e orientamento dell'assistenza centrata sul paziente e sulla sua famiglia
- A2 Rispetto del principio di autonomia
- A3 Identificazione e attenzione ai valori, principi e credenze della persona
- A4 Facilitazione della comunicazione tra il paziente / famiglia e professionisti implicati
- A5 Collaborazione con gli altri membri dell'equipe socio-sanitario
- A6 Dispensa informazione per l'assunzione di decisioni informate e aiuto davanti al conflitto della stessa
- A7 Ricerca del consenso tra membri dell'equipe sociosanitaria e paziente e famiglia
- A8 Impegno col paziente e la sua famiglia/assistente principale
- A9 Ricerca permanente di qualità e eccellenza della cura
- A10 Ricerca e applicazione della ricerca rilevata durante l'esercizio professionale
- A11 Orientamento e conseguimento di risultati di salute

Formazione dell'infermiere/a comunitaria di collegamento con l'attenzione domiciliare nella gestione dei casi:

Corso da 60 ore diretto da infermiere che hanno specifiche conoscenze sulla clinica infermieristica di base sui pazienti vulnerabili (terminali, Immobilizzati), affettività clinica e conoscenza della continuità delle cure

Obiettivo generale: formare le infermiere/i che vanno a espletare funzioni di gestione dei casi avanzati e sulle metodologie e strumenti.

I contenuti dovranno centrarsi e approfondire sull'infermieristica clinica avanzata e sulla valutazione integrale dei pazienti.

a cura di Maurizio Memo

L'INFERMIERE DI COMUNITA'

di Alessandro Benvegna'

L'INFERMIERE DI COMUNITA': MODELLI INFERMIERISTICI A CONFRONTO

La mia tesi è consistita nello studio dell'infermiere di comunità mettendo a confronto, attraverso la più recente letteratura, tre modelli infermieristici applicati in diversi ambiti internazionali: Stati Uniti, Gran Bretagna, Spagna e nell'analizzare l'opportunità dell'inserimento di questa nuova professionalità nel sistema sanitario del nostro paese.

La mia riflessione è nata dall'esperienza come tirocinante che ho potuto effettuare nei tre anni universitari trascorsi nei reparti; mi ricordo di come vedevo le persone entrare in ospedale, spogliarsi delle loro abitudini e vestirsi nei panni del paziente. Era il loro mondo che entrava nel nostro lavoro.

Durante il tirocinio nell'assistenza domiciliare integrata mi sono accorto di come le cose cambiassero radicalmente. Era il nostro lavoro ad entrare nella vita delle persone e noi ad introdurci in casa loro. Osservavo gli infermieri del servizio domiciliare, cercare di modellare il proprio operato nell'ambiente familiare proprio come l'acqua che si versa su una superficie irregolare e cerca di adattarsi. Ho capito allora che la più grande abilità professionale infermieristica stava nell'intrecciare due livelli: **un livello pratico assistenziale e un secondo livello relazionale che pone al centro la persona assistita tenendo conto delle sue problematiche psico-sociali.** È proprio nell'intersezione di questi momenti, attualmente molto fragile, che si può apprezzare pienamente la validità dell'operato del professionista. È qui che la figura infermieristica si definisce come figura autonoma e decisionale perché responsabile del suo settore: l'assistenza.

Le famiglie sono le cellule della comunità che è l'organismo del nostro mondo. Se ci sono delle cellule malate anche l'organismo ne risente. Ecco allora la necessità di evidenziare il ruolo fondamentale di quel professionista che riesce a creare quell'intreccio, poco fa descritto, in maniera salda e con ottime basi: **"l'infermiere di comunità"**.

Lo sviluppo delle malattie cronico degenerative, il progressivo invecchiamento della popolazione dei paesi occidentali industrializzati, l'insorgenza di nuove cause di malattia, hanno portato dei mutamenti sociali che comportano la necessità di continui interventi sanitari e cambiamenti significativi nella rete dei servizi e nell'erogazione dell'assistenza infermieristica.

Un primo importante risultato è proprio HEALTH 21, ovvero la risposta dell'Ufficio Europeo dell'OMS alla strategia globale della "Salute per tutti 21 obiettivi per il 21° secolo".

Il documento HEALTH21 si concentra sulla formazione di un nuovo tipo d'infermiere, l'Infermiere di Comunità, orientato a promuovere e proteggere la salute delle persone lungo tutto l'arco della loro vita e ridurre l'incidenza e la sofferenza causate dalle principali malattie e lesioni. Tali infermieri individueranno modelli organizzativi in grado di promuovere e migliorare l'efficacia e l'efficienza della risposta del Servizio Sanitario Territoriale alle esigenze della popolazione. L'intervento deve fornire educazione e supporto, miglioramento dello stile di vita e dei comportamenti sanitari, miglioramento degli esiti clinici, riduzione degli eventi, dei ricoveri e dei costi sanitari.

Ho effettuato ricerche presso la biblioteca Pinali di Padova, sono stati consultati database informatici come MEDLINE, PUBMED e CINAHL. L'argomento di ricerca è stato il ruolo del Nurse Practitioner e sono state utilizzate le seguenti parole chiave: role of nurse practitioner, family nursing, community

nurse, nurse practitioner, health visitors, general practitioner, community practitioners, enfermeria comunitaria, infermiere di comunità, NMC, NPs, community health, NONPF, OMS, FIMMG, AEC.

Si sono individuati libri e riviste pertinenti all'argomento oggetto di studio di cui sono state lette e schedate le fonti del: "Journal of the American Academy of Nurse Practitioners", "Journal of Advanced Nursing", "Doctor", "Salute e Territorio".

RISULTATI DELLA RICERCA: MODELLI INFERMIERISTICI A CONFRONTO.

Un'attenta valutazione critica della letteratura recente permette di tratteggiare un quadro riassuntivo delle caratteristiche che assume la figura dell'infermiere di comunità nelle diverse realtà considerate. I dati emersi dal confronto dei modelli considerati, sono stati raccolti in 16 item che permettono di valutare analiticamente i contesti storici, la formazione, il reclutamento, i modelli teorici, i modelli operativi e infine gli aspetti economici. La tabulazione consente un confronto sinottico tra le diverse realtà dove è consolidata la figura dell'infermiere di comunità/famiglia e quella italiana.

ITEM	MODELLO STATUNITENSE	MODELLO REGNO UNITO	MODELLO SPAGNOLO	STATO DELL'ARTE IN ITALIA
STORIA	Il primo programma di master in NPs è stato sviluppato all'università del Colorado "scuola del Nursing" nel 1965.	Nel 1996 il Royal College of Nursing Council fu d'accordo nel definire il ruolo e il percorso formativo dei NPs utilizzando le linee guida del National Organization of Nurse Practitioners Faculties (NONPF).	AEC "Asociacion de Enfermeria Comunitaria" nasce in Spagna nel 1994.	
FORMAZIONE UNIVERSITARIA	Master in Nurse Practitioner.	Master in Nurse Practitioner.	Master di specializzazione in Enfermeria Familiar y Comunitaria	Non è una specializzazione.
DEFINIZIONE DEL TITOLO	Community Health NPs	Nurse Practitioner.	Specialista in Enfermeria Familiar y Comunitaria.	
CRITERI D'ACCESSO	Conseguimento di laurea di primo livello in Scienze Infermieristiche e di un master di specializzazione.	Laurea di primo livello in Scienze Infermieristiche.	Diploma Universitario di infermiere o equivalente riconosciuto in Spagna.	

ITEM	MODELLO STATUNITENSE	MODELLO REGNO UNITO.	MODELLO SPAGNOLO	STATO DELL'ARTE IN ITALIA
FUNZIONI	"Office of the Professions" del (New York State Education Department) 16 aree di specializzazioni.	9 aree di specializzazione elencate dal NONPF.	7 aree di specializzazione R.D. 450/2005 22 aprile.	Sono quelle previste dal DMS 739/94 5 aree di specializzazione.
MODELLO	Fortemente decentrato con un alto livello di autonomia.	Opera con un alto livello di autonomia, anche se i pazienti sono sempre sotto il controllo	Fortemente decentrato.	Distrettocentrico - praticamente inesistente un livello infermieristico decentrato.
ATTIVITA' SVOLTE	Diagnosticare e trattare molti problemi acuti e cronici comuni, interpretare i risultati di laboratorio, prescrivere e controllare i farmaci ed altre terapie, fornire l'educazione sanitaria e indirizzare l'utente nelle strutture sanitarie educare alla prevenzione delle malattie e al mantenimento della salute.	Esamina i fattori di rischio e i segni precoci di malattia nei pazienti, sviluppa diagnosi e interventi fornendo un'assistenza continua al paziente. Gioca un ruolo fondamentale nell'aiutare le persone a vivere e gestire la malattia, la terapia e l'educazione sanitaria. dell'assistenza di un General Practitioner.	Consulenza, screening, orientamento ed informazione, valutazione integrale, valutazione del rischio nel luogo dove vive. Attività preventive: vaccinazioni, prevenzione primaria e secondaria dei fattori di rischio. Trattamento e monitoraggio dei problemi cronici, monitoraggio e controllo dei sintomi, l'educazione per l'autocura, preparazione al ricovero ospedaliero ad alta intensità.	Distrettocentrico - praticamente inesistente un livello infermieristico
INSERIMENTO NELL'EQUIPE DEL SERVIZIO	NPs	Nurse Practitioner dell'assistenza di un General Practitioner.	Enfermero Especialista	Per mobilità o nuova assegnazione NON ESISTE UN TITOLO.

ITEM	MODELLO STATUNITENSE	MODELLO REGNO UNITO.	MODELLO SPAGNOLO	STATO DELL'ARTE IN ITALIA
DOVE LAVORA	HMO , assistenza domiciliare, ospedali, case di riposo, ambulatori privati, prigioni e riformatori, uffici privati, strutture psichiatriche,	A domicilio, in ambulatorio nelle aree rurali, nei centri d'accoglienza.	A Domicilio del paziente, ambulatorio infermieristico e nelle aree rurali.	A Domicilio del paziente.
TARGET PAZIENTI	Tutti i tipi di clienti senza distinzione di diagnosi, iscritti ad una HMO.	Prende in carico i pazienti senza distinzioni di diagnosi (deambulanti e immobilizzati). dell'assistenza di un General Practitioner.	Fortemente decentrato.	Immobilizzati, Terminali Deospedalizzati precoci.
STRUMENTI DI VALUTAZIONE	"The Seven Demain" realizzati dal NONPF.	Utilizza i "Seven Demain" individuati dal NONPF.	Documentazione clinico infermieristica - Scale di valutazione con forte caratterizzazione infermieristica.	Scheda Infermieristica raramente descrittiva e spesso carente sul piano metodologico, scheda S.Va.M.A. (poco infermieristica). decentrato.
RISORSE A DISPOSIZIONE	La gestione del caso e il trattamento sono di sua unica responsabilità.	Lavora autonomamente nell'ambito dell'assistenza primaria (Primary Care) Nell'assistenza secondaria (Secondary Care) gestisce il caso sotto il controllo dell'assistenza di un General Practitioner.	Il (Care giver) principale è l'infermiere e collabora direttamente col medico e con le A.S.	La responsabilità individuata in UVMD viene affidata in relazione della maggior presenza degli operatori.
ATTIVAZIONE DEL SERVIZIO	La decisione dell'intervento è prerogativa dei NPs.	La decisione dell'intervento è prerogativa dei NPs.	La decisione ed il sollecito dell'intervento, del medico, dell'AS e di altri operatori è prerogativa dell'Infermiere.	Su prescrizione medica.

ITEM	MODELLO STATUNITENSE	MODELLO REGNO UNITO.	MODELLO SPAGNOLO	STATO DELL'ARTE IN ITALIA
GESTIONE DEL SISTEMA	Basato sul finanziamento privato e l'assicurazione volontaria, Mutue Assicurative, Medicare, Medicaid.	L'NHS è finanziato attraverso la tassazione generale.	Il Sistema Nacional de Salud (SNS) spagnolo è iscritto all'interno del sistema di assicurazione sociale attraverso l'Istituto nazionale della Salute (INSALUD)	Il SSN è finanziato attraverso imposte
COST EFFECTIVENESS	NPs sono fornitori attivi di sanità e qualità con un rapporto costi-benefici ottimali. Il costo di cura dato dagli NPs è 20% di meno di quello	L'introduzione del Nurse Practitioner ha ridotto i ricoveri impropri con una ricaduta positiva sui costi complessivi a livello del sistema.	L'introduzione degli infermieri di comunità ha diminuito del 17 % la mortalità e sul piano economico ha ridotto del 23% i costi di cura.	

La consultazione della tabella pone in luce alcuni elementi significativi.

Nella storia dell'applicazione della professionalità in esame risulta chiaro come il modello statunitense si costituisca come matrice, sia per la precocità dell'introduzione di questa innovazione, sia perchè è evidente come il ruolo dell'infermiere di comunità nel contesto inglese e in quello spagnolo sia modellato sull'esperienza statunitense sia nei tratti che risultano omogenei, sia in quelli che risultano da correzioni apportate su quella preziosa esperienza.

Ciò si può verificare confrontando il tipo di percorso formativo che in tutti i contesti si articola in modo simile, combinando una formazione triennale con un master post laurea. Tuttavia le categorie di analisi che nel confronto offrono risultati di maggiore interesse sono certamente quelle in cui si manifestano le maggiori disomogeneità nelle diverse realtà e tra esse è emblematico lo spazio riservato all'autonomia dell'infermiere di comunità nella gestione del caso. È evidente come nell'operatività dell'infermiere sia cruciale definire quali siano le scelte che egli può compiere in forma autonoma poichè è proprio nell'ambito di questi spazi che si possono individuare due aree problematiche:

1. Il rapporto tra l'infermiere e il medico può configurarsi in molti modi che si possono disporre su un asse che può vedere da un lato un massimo di fattivo intreccio tra le due professionalità, dall'altro una vera e propria frizione tra i due ruoli che produrrebbe una forte limitazione del campo d'intervento dell'infermiere di comunità.

2. Esaminando lo spazio di autonomia possiamo verificare inoltre come esso sia diversamente risolto e definito sul piano istituzionale dai diversi sistemi in esame che delimitano in forme proprie questa autonomia, sottolineando con ciò come la definizione di essa sia di rilevanza cruciale qualora si progetti di applicare ex novo una simile figura in una realtà come quella del nostro paese.

Altre fruttuose osservazioni si possono realizzare sul terreno dei luoghi che rappresentano la vera discriminante che si pone tra la figura dell'infermiere tradizionale inteso e il nuovo ruolo che si viene delineando il quale esprime proprio nella sua dimensione dinamica e relazionale le sue qualità. Basti dire che, nel contesto del nostro paese, l'operato dell'infermiere rimane a tutt'oggi

sottomesso alla gerarchia medica e relegato negli spazi convenzionalmente assegnati al ricovero e alla cura, limitandosi a erogare alcune prestazioni nel solo domicilio del paziente.

Infine, per quanto riguarda l'opportunità dell'inserimento nel nostro sistema sanitario di questa innovazione, non volendo considerare come esclusiva la variabile economica e le valutazioni di efficienza ed efficacia per operare delle scelte in un delicato campo come quello socio-sanitario, bisogna tuttavia porre in evidenza come la pubblica amministrazione e i soggetti privati coinvolti nella gestione di questi servizi, pur ponendo al centro della loro attenzione l'equità e l'etica, non possono tuttavia prescindere da valutazioni di carattere economico.

Va quindi segnalato, a livello di conclusione, come si avrebbe una ricaduta positiva sui costi complessivi a livello del sistema anche soltanto riducendo la spesa generata dai ricoveri impropri e dalle prestazioni ora erogate dai medici. Anche limitandosi al campo economico, risulterebbe vantaggiosa l'introduzione dell'infermiere di comunità, ma molto superiori sarebbero i benefici che si potrebbero attendere sul piano dell'efficienza, della educazione sanitaria e della prevenzione, trasformando così l'introduzione dell'infermiere di comunità in un redditizio investimento sul lungo periodo.

I risultati che emergono dal confronto dei modelli esteri, giustificano, anche in Italia, l'introduzione della figura dell'infermiere di comunità.

Sono senz'altro interessanti le proposte che provengono dal collegio IPASVI di Venezia, che analizza l'attuale situazione e ne delinea i possibili sviluppi.

L'organizzazione attuale dell'ADI di Venezia si configura come un modello prescrittivo, burocratico in cui c'è un'organizzazione su basi gerarchiche e il lavoro è diviso per compiti e non per obiettivi. Il Servizio Infermieristico Domiciliare (SID) si pone all'interno di questa gerarchia e funge da erogatore di prestazioni agendo solo sotto prescrizione medica.

Il collegio IPASVI di Venezia evidenzia come questo modello non prevede un livello infermieristico decentrato. La gestione del caso, infatti, è individuata dall'U.V.M.D. e gli strumenti di valutazione (scheda S.V.A.M.A) sono praticamente inconsistenti per la rilevazione dei bisogni di salute di pertinenza infermieristica.

La disaggregazione tra i livelli di assistenza domiciliare, precedentemente citati, rende ancora più grande la distanza tra le varie figure e la formulazione di un obiettivo comune.

Il collegio IPASVI di Venezia sta elaborando un modello diverso da quello vigente di tipo burocratico/gerarchico e propone un modello definito "modello di differenziazione". Tale modello individua due linee di azione: una medica e una assistenziale in cui si lavorerebbe per obiettivi. Ognuno è responsabile del proprio lavoro.

L'infermiere, pertanto, diventa l'unico responsabile del processo assistenziale con la possibilità di trasferire l'assistenza di base alle figure di supporto.

Il collegio IPASVI di Venezia è da sempre un promotore del rinnovamento del ruolo infermieristico nel nostro sistema sanitario territoriale, come evidenziano le proposte espresse, ed io alla luce della mia esperienza come tirocinante ne sono un convinto sostenitore.

Alessandro Benvegnù

A.D.I. Un cantiere aperto

di Sandra Minchio e Collaboratori

Servizio Sanitario Nazionale- Regione Veneto
AZIENDA UNITA' LOCALE SOCIO - SANITARIA N.13
Adi Distretto n° 2 Area Sud

FOGLIO INFORMATIVO EDUCATIVO PER UTENTI E LORO FAMIGLIARI ASSISTITI A DOMICILIO

Io sottoscritto/a

(grado di parentela.....)

riferimento principale del

Signor/Signora.....

Confermo di essere stato/a esaurientemente informato/a, mediante colloquio diretto (ed eventualmente con educazione pratica) dall'infermiere/a referente, e di aver ricevuto la documentazione relativa ai punti seguenti :

- ☐ Informazione sulla conservazione in Distretto di una cartella con dati sensibili che riguardano il paziente.
- ☐ Consegna cartella di assistenza domiciliare integrata con raccomandazioni relative alla conservazione e custodia a domicilio e restituzione a fine assistenza.
- ☐ Consegna foglio informativo gestione catetere vescicale.
- ☐ Consegna foglio informativo sulla prevenzione decubiti.
- ☐ Consegna foglio informativo sulla gestione terapia infusiva.
- ☐ Consegna foglio informativo sulla gestione catetere venoso centrale.
- ☐ Consegna foglio informativo sulla gestione della nutrizione enterale.
- ☐ Consegna foglio informativo sulla gestione tracheostomia.
- ☐ Consegna foglio informativo sulla gestione delle enterostomie.
- ☐ Consegna foglio informativo ai pazienti in terapia anticoagulante.

Per qualsiasi necessità far riferimento al seguente numero telefonico lasciarmi dal lunedì al venerdì dalle 8 alle 14 e il sabato dalle 8 alle 12 o lasciando un messaggio in segreteria dopo il "bip".

Firma Operatore

Firma Assistente Principale

LE SCHEDE

PREVENZIONE DECUBITI

- Mantenere la cute asciutta e pulita (utilizzare acqua tiepida e sapone neutro, no disinfettanti);
- Sciacquare e asciugare bene tamponando (mai strofinare!);
- In caso di pelle secca usare prodotti idratanti/emollienti;
- Evitare il contatto della pelle con materiali impermeabili (cerate di gomma, sacchi etc.);
- Evitare ciambelle;
- Ridurre la pressione d'appoggio con protezione delle prominenze ossee, sollevare i talloni, evitare massaggi sulle prominenze;
- Garantire adeguato apporto calorico (nutrizione varia) e apporto idrico (acqua);
- Le posizioni e i cambi di postura variano in funzione della capacità di movimento del paziente;
Il paziente allettato va mobilizzato ad intervalli di 2 - 3 ore
Seguire le indicazioni suddette utilizzando la scheda in allegato (A) ;
- Avere cura del letto evitando presenza di briciole, pieghe del lenzuolo etc.

GESTIONE TRACHEOSTOMIA

PULIZIA STOMA

Lavarsi le mani prima di ogni operazione. Pulire lo stoma da incrostazioni e secrezioni bronchiali con un tessuto in cotone e soluzione fisiologica. Riposizionare la cannula(dopo pulizia della stessa)con posizionamento di garza o come da indicazioni infermieristiche .

PULIZIA CANNULA.

Lavarsi le mani, mettere i guanti, rimuovere la cannula , e pulire con acqua tiepida e spazzolino apposito. Asciugarla e riposizionarla. Si consiglia di pulire stoma e cannula almeno 2 volte al giorno o più frequentemente se necessario.

- 1) Controllare eventuali arrossamenti, tumefazioni dello stoma, presenza di secrezioni purulente. Eventualmente chiamare il servizio.
- 2) Umidificare l'aria se necessario.
- 3) Assumere liquidi.
- 4) Utile un "filtro" fra ambiente esterno e cannula (esempio con garza di cotone).
- 5) Coprire la cannula quando ci si rade o si mette la lacca ect.

TERAPIA INFUSIVA

FIG. A

1. Presa d'aria
2. Gocciolatore



FIG. B

1. Gocciolatore a baionetta
2. Raccordo-Connettore
3. Regolatore di flusso



Con la terapia infusiva si somministrano soluzioni idratanti e/o farmaci, direttamente sul circolo venoso. E' quindi importante porre molta attenzione durante l'infusione.

LAVARSI LE MANI PRIMA DI OGNI PRESTAZIONE

- 1) Osservare il punto d'inserzione e segnalare al servizio eventuali anomalie quali dolore, arrossamenti , presenza di sangue etc, o eventualmente togliere l'infusione. Se si tratta di catetere venoso centrale controllare anche la temperatura corporea.
- 2) Se non scende l'infusione:
 - a) porre attenzione alla posizione del paziente (braccio se si tratta di vena periferica o collo se catetere venoso centrale), può essere sufficiente far ruotare collo o braccio perchè riprenda l'infusione.
 - b) controllare l'altezza del flacone che potrebbe essere troppo basso rispetto al piano del letto, quindi è sufficiente alzarlo perchè riprenda a funzionare.
 - c) controllare che il regolatore di flusso (FIG. B, n°3) sia aperto, e che la valvola di presa d'aria sia aperta (FIG. A, n°1).

3) Educazione sul cambio flaconi e rimozione dell'ago (con relative norme per l'eliminazione dello stesso). Ricordiamo che non deve entrare aria nel deflussore durante la manovra di cambio flaconi: preparare il flacone a temperatura ambiente , chiudere il regolatore di flusso, togliere il flacone in atto infilare la baionetta del gocciolatore su quello preparato, aprire il regolatore di flusso e dovrebbe iniziare il gocciolamento.

4) Può essere utile eseguire un lavaggio del cateterino al termine dell'infusione con soluzione fisiologica come da istruzioni infermieristiche.

anamnesi su pregressi fenomeni allergici:

☐ Negativa

☐ Positiva

Se il Servizio infermieristico vi ha consegnato il supporto per la fleboterapia, deve essere restituito al Servizio ADI non appena terminato il ciclo di infusione

GESTIONE CATETERE VENOSO CENTRALE

Eseguire ogni giorno l'ispezione del punto d'inserzione e se presenti alterazioni quali dolore, arrossamento, bruciore o altro contattare il servizio, importante anche controllare la temperatura corporea.

La medicazione del punto d'inserzione viene effettuata di norma una volta alla settimana dal personale infermieristico.

Se si infondono liquidi o sacche nutrizionali vedi istruzioni per la terapia infusiva, e ricordarsi che le sacche nutrizionali hanno una durata di 24 ore.

GUIDA PER STOMIZZATI

La scelta del tipo di presidio viene fatta dall'ambulatorio stomizzati e/o dal reparto dove è stato eseguito il confezionamento della stomia.

Il Medico specialista effettuerà la prescrizione del presidio stomale più indicato a seconda della stomia. La prescrizione viene inoltrata al distretto di appartenenza accompagnata dalla domanda di invalidità.

PULIZIA CUTE PERISTOMALE

- Sapone a Ph acido o di Marsiglia
- Acqua
- Spugna personale morbida
- Carta morbida
- una sacca nuova
- uno specchio (se necessario)

- 1) Rimuovere il dispositivo iniziando la manovra dal bordo superiore.
- 2) Effettuare una prima pulizia con carta morbida della cute peristomale.
- 3) Lavare la cute attorno allo stoma con acqua corrente e sapone.
- 4) Sciacquare abbondantemente per togliere qualunque residuo di sapone.
- 5) Asciugare bene, con un asciugamano morbido, senza strofinare.
- 6) Rimuovere eventuali residui di adesivo con un detergente dermoprotettivo.
- 7) Procedere all'applicazione di un nuovo sistema di raccolta.

COME CAMBIARE LA SACCA DEL SISTEMA AD 1 PEZZO.

- Rimuovere la sacca tirando lentamente dall'apposita linguetta verso il basso, staccando la sacca dalla cute.
- Pulire la cute peristomale.
- Rimuovere la carta protettiva trasparente dall'adesivo e fare aderire alla cute il sacchetto partendo dal bordo inferiore dello stoma.

COME CAMBIARE LA SACCA DEL SISTEMA A DUE PEZZI.

Applicazione della placca:

- Rimozione della placca già in sede
- Pulizia della cute peristomale
- Rimuovere la carta protettiva trasparente della placca.
- Applicare la placca attorno allo stoma, spianandola bene con la punta delle dita, con un movimento dal basso verso l'alto.

Applicazione della sacca:

- Rimuovere la sacca sganciando l'anello di sicurezza con una leggera pressione sul bottone di fermo.
- Pulizia della cute peristomale
- Applicare la sacca alla placca, appoggiandola alla flangia (quell'anello di gomma che sporge dalla placca) ed esercitando una lieve pressione sempre partendo dal basso e procedendo verso l'alto; un click sonoro garantisce il corretto accoppiamento fra placca e sacca.

QUANDO CAMBIARE LA SACCA:

Colonstomie : quando la sacca è piena per metà

Ileostomie: quando occorre e lontano dai pasti.

Urostomie: quando occorre o comunque a distanza dall'ingestione di liquidi.

Eventuali e più esplicite indicazioni con istruzione diretta, verranno date direttamente dall'infermiere enterostomista prima della dimissione e se necessario anche in seguito.

ALLEGATO A

SCHEDA DI MOBILIZZAZIONE E CAMBIO POSTURALE

Sigle : **FS** fianco sinistro ; **FD** fianco destro; **S** supino; **P** prono; **SD** sedia;

giorno	ore								
1	8.00	10	12	14	16	18	20	22	
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									
12									
13									
14									
15									
16									
17									
18									
19									
20									
21									
22									
23									
24									
25									
26									
27									
28									
29									
30									
31									

AGGRESSIONE IN S.P.D.C.

Spett.le **Coordinatore Infermieristico**

Oggetto: **aggressione in SPDC**

Dalla nota inviata si desume che la richiesta si riferisca alla contenzione intesa come immobilizzare fisicamente un paziente e non quella di applicare mezzi di contenzione meccanici. Verrà quindi indicata nel proseguo della nota come contenzione la prima fattispecie.

Quando l'infermiere ravvisa nel comportamento del paziente un rischio di aggressività auto-etero diretta, egli deve adottare tutte le misure atte ad evitare che il paziente possa recare danno a sè stesso, agli altri (pazienti e personale) o alle cose (mobilio o attrezzature di reparto, anche se questa ultima fattispecie si presenta meno pressante nel stabilire un intervento rispetto alle prime due fattispecie).

L'intervento naturalmente deve seguire una serie di principi molto precisi:

- nel decidere un intervento bisogna sempre scegliere primariamente l'alternativa meno restrittiva. Cioè prima di effettuare un qualsiasi intervento di contenzione- immobilizzazione fisica, bisogna provare altri tipi di approcci in primis quello relazionale e farmacologico. Solo se questi approcci si sono mostrati inefficaci si può pensare ad adottare una contenzione fisica. Tale principio è affermato anche dal codice deontologico, l'articolo 4.10: "l'infermiere si adopera affinché il ricorso alla contenzione fisica e farmacologica sia un evento straordinario, motivato e non metodica abituale di accadimento. Considera la contenzione una scelta condivisibile quando si configuri l'interesse della persona ed inaccettabile quando sia una implicita risposta alle necessità istituzionali". Questo articolo pur se riferito alla contenzione con mezzi meccanici può implicitamente essere interpretato riferendosi al tipo di contenzione-immobilizzazione che stiamo esaminando.

- È chiaro quindi che la contenzione va effettuata solo quando tutte le altre alternative siano esaurite, ma deve essere altrettanto chiaro che deve essere fatta nell'assoluto interesse della persona. Non deve quindi rappresentare una prassi o la scorciatoia di altri interventi resi magari difficili da condizioni organizzative o ambientali difficili (mancanza di personale, reparto "difficile", ecc..).

- D'altro canto le situazioni che configurano nei reparti di psichiatria le condizioni per cui un paziente viene contenuto si possono riassumere in due categorie: aggressività auto-etero diretta e tentativi di fuga dal reparto. In letteratura vi sono notevoli esempi di come l'aggressività possa essere limitata e/o prevenuta da un'attenta osservazione e gestione del paziente e del reparto. L'aggressività durante il ricovero inoltre ha molteplici cause che vanno a determinare diversi tipi di interventi: può derivare da franche condizioni psicopatologiche (allucinazioni, deliri, angoscia psicotica, ecc..) o essere la l'espressione di una "protesta" (per il ricovero in sè ad esempio, per le sigarette o il caffè), o essere indotta da abuso di sostanze ecc... In ogni caso la valutazione delle cause ed a monte una precisa osservazione dei fattori predittivi può limitare fortemente questi episodi. Riguardo i tentativi di fuga è doveroso ricordare che i pazienti psichiatrici hanno gli stessi diritti e doveri di ogni altro paziente, quindi non sono obbligati ad essere ricoverati, se non quando sono in regime di Trattamento Sanitario Obbligatorio (paziente comunque portatori di precisi diritti), o in Accertamento Sanitario Obbligatorio.

La gestione di questi pazienti deve avvenire tenendo conto di questo fatto. Può assumere un valore diverso immobilizzare nel tentativo di fuga un paziente in Tso o un paziente in regime “volontario”.

- La contenzione deve essere effettuata senza che il paziente possa riceverne danno fisico o dolore (o perlomeno questo deve essere limitato a quello inevitabile nel contatto fisico o nelle manovre di immobilizzazione), quindi deve limitarsi alla immobilizzazione della persona.

- È preferibile che sia il medico a prescrivere questo intervento, ma laddove il tempo e/o la situazione non lo permetta questa deve avvenire lo stesso se l’infermiere ravvisa la sua necessità. Ribadiamo che è un preciso dovere dell’infermiere salvaguardare la salute e l’incolumità fisica del paziente e/o dei pazienti presenti. Ma nello stesso tempo l’infermiere non può negare il diritto dei pazienti; mi riferisco alla “fuga”. Nel caso di un paziente in trattamento volontario una qualsiasi immobilizzazione potrebbe essere penalmente perseguibile, laddove non sussistano gli stretti criteri per i quali il paziente potrebbe recar danno a sè stesso o alle persone.

- Naturalmente anche l’incolumità fisica dell’infermiere deve essere tutelata, quindi vanno messe in atto tutte quelle procedure che salvaguardano l’infermiere. Anche qui è doveroso richiamarsi al Codice deontologico laddove recita all’articolo 3.2: “L’infermiere assume responsabilità in base al livello di competenza raggiunto.” ma “..e ricorre se necessario, all’intervento o alla consulenza di esperti.”. Di seguito l’articolo 3.3 recita: “L’infermiere riconosce i limiti delle proprie conoscenze e competenze e declina la responsabilità quando ritenga di non agire con sicurezza.”. La sicurezza in questo caso è riferita al paziente ma anche a quella dell’infermiere, che quindi deve astenersi dal compiere, nel nostro caso, contenzioni laddove si trovi in condizioni di non poterle effettuare in sicurezza. Ma ribadiamo deve ricorrere all’aiuto di infermieri o altre figure esperte, o di chiamare aiuto anche alla forza pubblica. Questo comporta quindi che l’intervento non è possibile negarlo, laddove esista la necessità di farlo. Ma questo vuol dire anche che in fase programmatica della turnistica bisognerebbe porre attenzione che i gruppi infermieristici siano equilibrati, che vi sia una conoscenza della situazione di potenziale pericolo e che quindi le informazioni siano condivise il più possibile coinvolgendo tutto il personale anche non infermieristico come i medici e il personale di supporto.

- La scienza psichiatrica è molto incerta riguardo il concetto di prevedibilità degli agiti auto-etero aggressivi; quello che però concerne gli infermieri è il concetto di prevedibilità dell’evento. Questo concetto prende in considerazione tutta una serie di fattori quali la struttura del reparto, la presenza di porte di sicurezza (nel caso ad esempio delle fughe), la presenza di infermieri in servizio, ma anche l’aver fatto in modo che il paziente, reputato a rischio, non abbia accesso ad oggetti pericolosi, o che l’ambiente sia stato reso meno stimolante per l’aggressività del paziente, ecc..

- La decisione di attuare un intervento di contenzione nei confronti di un paziente deve comunque essere condivisa da tutto il gruppo infermieristico; questo sia per un motivo di efficacia clinica sia perchè in tale modo si effettua una migliore valutazione dell’appropriatezza dell’intervento. In ogni caso ribadiamo che vista la delicatezza dell’intervento è auspicabile che sia il medico presente in reparto a valutare e quindi eventualmente prescrivere l’intervento in questione. Ciò non toglie che l’infermiere, o meglio il gruppo infermieristico, debba laddove il medico non sia presente e si presentino i caratteri dell’urgenza/emergenza e quindi della improrogabilità, intervenire. Non intervenire a mio parere, in mancanza come descritto sopra di motivi validi, potrebbe rappresentare una “omissione di assistenza”.

- Dato che abbiamo inquadrato tale intervento seppur particolare e soggetto a molteplici cautele, come lecito ed improrogabile laddove ne esistano le caratteristiche, e quindi come lecito a tutti gli effetti, è possibile domandare la collaborazione delle figure di supporto, stante la responsabilità dell’infermiere nel valutare il processo assistenziale e le azioni di sostegno richiesta. In ogni caso non si può delegare in toto l’intervento.

- Nel caso l’infermiere (in assenza di protocolli) valuti la necessità di chiamare la forza pubblica, tale

intervento è assolutamente possibile, e la forza pubblica non può esimersi perchè reparto o struttura psichiatrica, dall'intervenire. In tal caso si fa riferimento all'art. 54 e 55 C.P. che regola lo stato di necessità. Le forze dell'ordine riceveranno la chiamata e la valuteranno sulla base della loro operatività attuale (se sono già impegnati ad esempio). Oltre che il medico anche l'infermiere può quindi legittimamente chiamare le forze dell'ordine.

Non risulta che siano previste delle indennità di rischio per gli operatori dei Servizi Psichiatrici, neppure nello specifico quelli dell'Spdc.

In conclusione si ritiene opportuno suggerire che vengano definiti all'interno dell'U.O. protocolli operativi nei quali siano specificati con precisione compiti e responsabilità dei singoli operatori ovvero, qualora tali protocolli siano presenti, la loro puntuale applicazione e verifica.

- evidente come ogni protocollo debba adattarsi ai modelli organizzativi, alle esigenze aziendali, alle necessità clinico-assistenziali e alla sicurezza dei pazienti e degli operatori.

Colgo questa occasione per porgere a lei ed alla sua Equipe i più cordiali saluti.

Il Presidente
Luigino Schiavon

P.S. Ringrazio Alberto Camuccio per la preziosa consulenza

dalla CROCE VERDE

di Maurizio Ceriello

ASSOCIAZIONE CROCE VERDE MESTRE VOLONTARI DEL SOCCORSO DI VENEZIA TERRAFERMA ONLUS ALLA RICERCA DI PERSONALE SPECIALIZZATO INFIERMIERISTICO

Sorta nel 1982, la Croce Verde Mestre Volontari del Soccorso di Venezia Terraferma è iscritta dal 1983 alla Federazione Nazionale delle Pubbliche Assistenze di Firenze e svolge la propria opera ogni giorno dell'anno dalle 07.00 alle 23.00. Opera nel territorio comunale, provinciale, nazionale ed estero con 14 unità mobili di soccorso e 2 automediche, 330 volontari, in supporto all'Asl 12, operando attivamente con il Suem 118 di Mestre Emergenza. Da giugno 2004 è attiva presso il Centro Storico Veneziano anche con 2 idroambulanze.

All'interno del delicato organismo del servizio di Urgenza ed Emergenza Medica dell'Asl Veneziana, l'Associazione svolge la totalità del servizio trasporto malati ordinario denominato taxi sanitario, mettendo a disposizione dell'Azienda Ospedaliera un mezzo per le urgenze emergenze.

Abituata ad operare nel silenzio, l'Associazione è oggi sempre più punto di riferimento del cittadino bisognoso di quei servizi che l'istituzione pubblica non sempre è in grado di offrire.

Croce Verde Mestre è anche Protezione Civile ed è sempre reperibile 24h su 24 in caso di calamità naturali in coordinazione con la Centrale Operativa 118, con la Protezione Civile del Comune di Venezia e della Regione Veneto.

La Croce Verde Mestre aderisce inoltre a quelle iniziative dall'alto valore sociale, quali per esempio l'accoglienza di persone che vivono in situazioni di marginalità, l'assistenza sanitaria ai senza fissa dimora.

Per diventare Volontari presso la nostra Associazione è necessario seguire un corso di Primo Soccorso e superare un esame finale dimostrando di aver acquisito le nozioni proposte durante il corso stesso. Proprio per questo l'Associazione organizza costantemente corsi di Primo Soccorso aperti alla cittadinanza sia in Mestre che in Venezia.

Per soddisfare al meglio le esigenze del cittadino e proprio per il crescente numero di trasporti dove è sempre richiesta una maggiore preparazione, siamo alla continua ricerca di personale specializzato infermieristico pronto a dedicare parte del suo tempo agli altri, a fianco degli infermieri professionali già presenti in Associazione. Per maggiori informazioni non esitate a visitare il nostro sito www.croceverdemestre.it o a contattarci allo 041/917573 o via mail segreteria@croceverdemestre.it; troverete sempre una risposta alle vostre esigenze.

CROCE VERDE MESTRE
VOLONTARI DEL SOCCORSO
Il Presidente
Prof. Maurizio Ceriello

COSTRUIRE IL CURRICULUM

di Elsa Labelli

LO “STILE” DI UN CURRICULUM

- Facile da leggere
- Chiaro ma non arido
- Semplice e professionale
- Dettagliato ma non pignolo
- Non stile aulico
- Non toni reverenziali
- Scritto in forma impersonale
- Non superiore alle due cartelle
- Non contenere frasi umoristiche
- Evitare foto se non esplicitamente richieste
- Rileggerlo per evitare errori di battitura
- Usare carta bianca e formato A4
- Evitare fotocopie
- Non scriverlo a mano se non esplicitamente richiesto
- Data e firma a mano con penne blu (per evidenziare l'autenticità del documento)
- Riportare liberatoria in riferimento alla Legge sulla privacy (D.Lgs. 196/2003) per il trattamento dei dati personali

FORMATO EUROPEO PER IL CURRICULUM VITAE (CVE)

INFORMAZIONI PERSONALI	Maschera dell'utente
ESPERIENZA LAVORATIVA	Standard professionali
ISTRUZIONE E FORMAZIONE	Diploma, laurea, specializzazioni, Attività formativa Animatore di formazione, Tutor Socio Società Scientifiche
CAPACITÀ E COMPETENZE PERSONALI	Incarichi istituzionali
PRIMA LINGUA	Italiano
SECONDA LINGUA	Inglese, francese, tedesco, ...

Indicare la capacità di lettura
Indicare la capacità di scrittura
Indicare la capacità di espressione orale

**CAPACITA' E COMPETENZE
RELAZIONALI**

Modalità di lavoro
Personale dipendente
n. di corsi fatti come discente o docente

**CAPACITA' E COMPETENZE
ORGANIZZATIVE**

Accesso allo studio
Utilizzo del PC
Partecipazione ad attività di ricerca
Organizzazione di congressi

CAPACITA' E COMPETENZE TECNICHE

Specificare la cartella informatizzata
Pubblicazioni
Ricerca
Poster

**CAPACITA' E COMPETENZE
ARTISTICHE**

Musica, scrittura, disegno, etc.

ALTRE CAPACITA' E COMPETENZE

Presidenza a congressi
Moderazione a congressi
Relazione a congressi

PATENTE O PATENTI

Quelle possedute

ULTERIORI INFORMAZIONI ALLEGATI

Possono essere aggiunte tutte le competenze
che non hanno eventualmente trovato posto
nel CVE, indicando dove sono state acquisite

ALLEGATI

Se del caso, enumerare gli allegati al CVE

FORMATO EUROPEO PER IL CURRICULUM VITAE (CVE)

Esempio di trascrizione del CVE

INFORMAZIONI PERSONALI

Nome	Pallino Pinco
Indirizzo	Via Pollo d'oro 256 - 20100 Milano
Telefono	+39 02 334455566
Fax	+39 02 112233448
e-mail	pinkopa@invent.it
Nazionalità	italiana
Data di Nascita	31.10.1964

ESPERIENZA LAVORATIVA

Date (da - a)
Nome e indirizzo del datore di lavoro
Tipo di azienda o settore
Tipo di impiego
Principali mansioni e responsabilità

Dal 1986 Infermiere ospedaliero, ASSL n. 6
Via stangata 6 - 20100 Milano
Ospedale dell'ASSL n. 6
Attività ospedaliera in regime di pubblico dipendente
Assistenza infermieristica di tipo Primari
Nursing a 15 pazienti

ISTRUZIONE E FORMAZIONE

Date (da - a)

Nome e tipo di istituto di istruzione o formazione
Principali materie/abilità professionali oggetto dello studio
Qualifica conseguita
Livello nella classificazione nazionale

1996 - tutor di Area Critica
1998 - Animatore di formazione per il Master in Area Critica
1999 - Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche ed Ostetriche
Università Statale di MI; ASSL n. 6
Progettazione e realizzazione di attività di carattere formativo per colleghi Infermieri
Docente di metodologia formativa
Formatore e Animatore di gruppi tra pari

CAPACITA' E COMPETENZE PERSONALI

Madrelingua
Altre lingue
Capacità di lettura
Capacità di scrittura
Capacità di espressione orale

Acquisite nel corso della vita e della carriera professionale, ma non necessariamente riconosciute da certificati e diplomi ufficiali.

Italiana
Inglese
Buono
Eccellente
Elementare

CAPACITA' E COMPETENZE RELAZIONALI

Vivere e lavorare con altre persone, in ambiente multiculturale, occupando posti in cui la comunicazione è importante e in situazioni in cui è essenziale lavorare in squadra (ad es.: cultura e sport), etc.

Lavoro svolto in regime di libero professionista in uno studio associato "a livello territoriale"; lavoro svolto in struttura ospedaliera in un gruppo di 23 infermieri; svolti con successo oltre 60 corsi di formazione gestendo piccoli gruppi di apprendimento.

CAPACITA' E COMPETENZE ORGANIZZATIVE

Ad esempio coordinamento e amministrazione di persone, progetti, bilanci; sul posto di lavoro, in attività di volontariato (ad es.: cultura e sport), a casa, etc.

Gestione dell'assistenza secondo il modello del Case Management; utilizzo regolare del PC per la gestione del lavoro; ideato e coordinato un progetto di ricerca in collaborazione con l'Ordine degli Infermieri di Milano; organizzazione di due congressi a valenza uno regionale e due nazionale;

**CAPACITA' E COMPETENZE
TECNICHE**

Con computer, attrezzature specifiche, macchinari, etc.

Utilizzo quotidiano del programma "Windows"
per la gestione della cartella clinica
informatizzata; autore e coautore di 35
pubblicazioni scientifiche; autore e coautore di
3 monografie scientifiche; autore di 2 poster;

**CAPACITA' E COMPETENZE
ARTISTICHE**

Musica, scrittura, disegno, etc.

nessuna

**ALTRE CAPACITA' E
COMPETENZE**

Competenze non precedentemente indicate

Relatore a 36 congressi nazionali ed
internazionali; docenza a seminari per la
formazione specifica in MG per complessive
1390 ore

PATENTE O PATENTI

Autoveicoli e motocicli

ULTERIORI INFORMAZIONI

Nessuna

ALLEGATI

Nessuna

Ai sensi dell'art. 26 della legge 15/1968, le dichiarazioni mendaci sono punite dal codice penale e dalle leggi speciali.
Autorizzo inoltre al trattamento dei dati personali D.Lgs. 196/2003.

Città, data _____ Nome e Cognome (firma) _____

ECCE-InFAD

di Giulia Candiani

ECCE-InFAD: un successo da non perdere

Sono 43.300 gli infermieri italiani che in meno di cinque mesi si sono iscritti a ECCE-InFAD (<http://aifa.progettoecce.it/>), il Progetto di formazione a distanza finanziato dall'Agenzia italiana del farmaco (AIFA) e realizzato con la collaborazione dell'IPASVI (Federazione nazionale collegi infermieri professionali, assistenti sanitari, vigilatrici d'infanzia).

“Oltre ad avere ottenuto risultati superiori alle aspettative” commenta Paola Di Giulio coordinatrice scientifica del Progetto “è straordinario l'entusiasmo con il quale gli infermieri ci scrivono. In redazione sono arrivati oltre 30.000 commenti e il 92% degli utenti ha segnalato aspetti positivi dichiarando di apprezzare la semplicità d'uso del sistema, la possibilità di scegliere liberamente il momento più adatto da dedicare all'aggiornamento, l'attinenza dei casi proposti con la realtà quotidiana e l'utilità delle informazioni acquisite. ECCE-InFAD si adatta molto bene alle esigenze di noi infermieri, le fonti di aggiornamento sono rigorosamente evidence based e il modello del questionario basato su casi di pratica quotidiana consente una formazione molto pratica e realmente utile per l'attività lavorativa quotidiana. È per questo che in così poco tempo il Progetto è riuscito a diffondersi riscuotendo apprezzamenti da tutto il mondo infermieristico”. I dati parlano chiaro: in meno di 5 mesi sono stati erogati oltre 620.000 crediti, sono stati superati 498.155 percorsi e ogni giorno ci sono in media 303 infermieri in più. In termini assoluti Lombardia e Veneto rispettivamente con oltre 11.000 e più di 5.000 infermieri registrati sono le regioni con il maggiore numero di iscritti, ma se si confrontano i dati assoluti rispetto al numero di iscritti per ogni collegio provinciale IPASVI la classifica cambia forma e in testa sale la Valle d'Aosta con più del 22% degli infermieri registrati.

“Il Progetto è apprezzato in tutta Italia” dice Paola Di Giulio “anche se è ancora maggiormente diffuso nel nord del paese, probabilmente per una maggiore informatizzazione degli utenti, ma stiamo cercando di coinvolgere sempre più i singoli Collegi IPASVI in modo da ridurre tale divario. Ogni settimana viene pubblicato un nuovo caso e per molti infermieri ECCE-InFAD sta diventando un appuntamento fisso che consente di ottenere un buon aggiornamento in modo pratico e anche divertente”.

BOX Come accedere al progetto ECCE InFAD

- Collegarsi al sistema è semplice, basta avere un computer, una linea telefonica (non serve la banda larga o l'antenna satellitare) un collegamento a internet e una casella di posta elettronica.
- La prima volta che si entra nel sito <http://aifa.progettoecce.it/> è necessario registrarsi. Cliccando sul tasto “Registrati” si accede alla scheda di registrazione, completata la quale si ricevono direttamente in posta elettronica le chiavi di accesso (ID e PIN) al sistema.
- Agli ingressi successivi, digitando ID e PIN si entra direttamente nel Progetto InFad e si possono affrontare i percorsi formativi disponibili.
- Si può accedere al sistema in qualunque momento della giornata (giorno e notte) e da qualunque computer.

Box I casi on line

1 Trattamento delle lesioni da decubito, 2 Gestione del catetere vescicale, 3 Dolore post operatorio, 4 Il delirio nell'anziano, 5 Trattamento delle lesioni da decubito, 6 Strategie per smettere di fumare, 7 Dimissioni ospedaliere, 8 Prevenzione del piede diabetico, 9 Coliche del lattante, 10 Scompenso cardiaco 2, 11 Digiuno pre operatorio, 12 Cura degli occhi, 13 Prevenzione delle lesioni da decubito, 14 Disfagia, 15 Prevenzione delle cadute, 16 Igiene del capezzolo durante l'allattamento, 17 Paziente in day surgery, 18 Dolore di spalla nel soggetto emiplegico, 19 Igiene orale dell'anziano, 20 Scompenso cardiaco, 21 Gestione della stitichezza, 22 Trattamento del piede diabetico, 23 Uso della contenzione in ospedale, 24 Uso della contenzione in casa di riposo, 25 Idratazione in caso di demenza senile, 26 Idratazione in caso di febbre, 27 Uso delle calze a compressione graduata, 28 Gestione del bambino con febbre, 29 Detersione della ferita, 30 Tricotomia.

I numeri di Venezia

Dalla distribuzione degli iscritti in Veneto si deduce che il progetto è apprezzato soprattutto in provincia, dove l'offerta formativa per acquisire crediti ECM è in genere inferiore.

	numero totale di iscritti (% degli iscritti)	iscritti che risiedono nel capoluogo	iscritti che risiedono in provincia
Venezia	651 (13,03%)	535	116

Per facilitare il percorso è stata inserita una finestra nella pagina iniziale del nostro sito, è sufficiente cliccare sull'icona "ecce infad" e seguire le istruzioni.

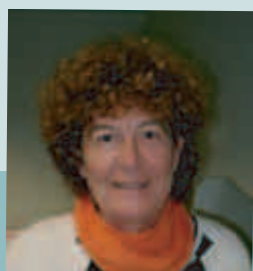
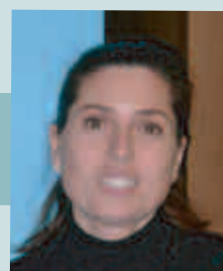
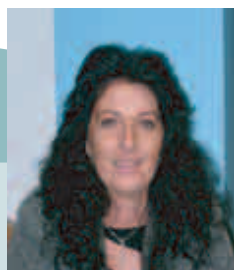
www.ipasvive.it

LA PROFESSIONE IN TASCA II[^] EDIZIONE

Abbiamo scelto di ripubblicare la guida tascabile della professione perchè in questi ultimi anni sono intervenuti nuovi ed importanti cambiamenti normativi. Questa riedizione vuole essere lo strumento aggiornato che ogni professionista può utilizzare per definire i propri ambiti di competenza e le proprie linee di sviluppo. Sviluppo professionale che non può prescindere dal documento più importante, dal punto di vista sociale, che è rappresentato dal "Patto Infermiere Cittadino". Riteniamo che al di là di ogni aspetto normativo sia proprio nella formidabile alleanza con i cittadini che la professione può esprimere al meglio le proprie potenzialità. Il patto con i cittadini rappresenta una garanzia per i cittadini stessi di avere di fronte non solo professionisti preparati, ma anche persone che ne riconoscono la dignità, i diritti, i bisogni.

Si tratta di una guida che, oltre ai diritti, ricorda che essere professionisti significa assunzione di responsabilità. Responsabilità che l'infermiere non può nè delegare nè negare, perchè gli sono proprie! Proprie del singolo professionista e proprie dell'intero gruppo professionale. Il Codice Deontologico ricorda come, di fronte a dubbi o incertezze, debba essere la collega o il collega a rappresentare il consulente, l'esperto che può aiutare il professionista nelle scelte operative ed etiche. Un forte richiamo quindi alla compattezza del gruppo professionale. Una responsabilità che nessuno di noi può esimersi dall'assumere, non solo nell'ambito operativo, ma anche nei confronti degli studenti che ci vengono assegnati in affiancamento, del neo assunto che inizia con noi la vita lavorativa, dei cittadini che si aspettano da noi tanta competenza quanta umanizzazione, del sistema sanitario che non può rinunciare alle nostre attività, degli altri operatori e collaboratori che possono rispettare la nostra professione nel momento in cui noi, per primi, la rispetteremo.

Luigino Schiavon



**IL
DIRETTIVO
IPASVI
DI VENEZIA
AUGURA
A TUTTI
BUONE FESTE
E
BUON ANNO**

contiene la II° edizione della
“LA PROFESSIONE IN TASCA”