

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

SPAZIO APERTO



PER IL CITTADINO CON IL CITTADINO



4

TRIMESTRALE N.4
ANNO IV
AGOSTO 2007
POSTE ITALIANE S.p.A.
SPEDIZIONE IN
A.P.-d.l. 353/2003
(CONV.MI27/02/2004
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
AGOSTO 2007

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.

4

anno
IV

n°

E ADESSO...?

di Luigino Schiavon

3

PERCHÈ

4-6

SVILUPPO E AUTONOMIA INFERMIERISTICA

di Alessandra De Pieri, Ada Lelli, Susanna Bottazzi

7-14

A PROPOSITO DI ECM

di Mario Degan

15-20

IL PRELIEVO VENOSO: LA RIDUZIONE DEGLI ERRORI PREANALITICI

di Marco Bertan

21-23

PREVENZIONE E GESTIONE INFERMIERISTICA DEL DELIRIUM NELL'ANZIANO OSPEDALIZZATO

di Maria Gravello

24-26

SONO UN' INFERMIERA DI QUASI TRENT'ANNI DI LAVORO

27

CODICE DEONTOLOGICO

28

QUESITI

di Luigino Schiavon

29-32

LE POLITICHE DELLA PROFESSIONE INFERMIERISTICA

Documento e Cronaca

33-40

IL RUOLO DEL PERSONALE PARAMEDICO NEI CENTRI DI DIALISI

41-42

E ADESSO...?



di Luigino Schiavon

E adesso...?

Sarà forse per il caldo estivo o per l'alto tasso di umidità, ma l'editoriale a firma di Maurizio Scassola apparso nel notiziario dell'Ordine dei Medici si presenta come uno scomposto, inopportuno quanto poco responsabile attacco alla professione infermieristica. Tutti sappiamo quanto sia grande il fastidio provocato ad alcune professioni, storicamente "dominanti", dalla legge 42 prima e 43 poi. Fastidio che, invece di portare al necessario dialogo, ha condotto ad una malcelata difficoltà, resistenza e fastidio nei confronti di un ineluttabile cambiamento. Noi abbiamo sempre scelto la strada del dialogo e della mediazione, a volte anche a prezzo di richiami a maggiore incisività da parte di alcuni di noi, ma la preferiamo sicuramente alla via dell'aggressività, delle denunce, della delazione, della approssimazione.

Talvolta anche gli infermieri preferiscono costruire progetti senza definire e concordare con il gruppo professionale le strategie migliori per far sì che divengano realtà, facendoli rimanere così solo bei pezzi di carta; ma questo non significa abbandonare i nostri progetti e la nostra ferma volontà di dare lo spazio DOVUTO ad una professione che non si nasconde dietro "i cittadini", ma con loro vive e lavora tutti i giorni, tutte le ore, anche quando altri ben più blasonati dormono.

A noi poco importa di avere vuoti blasoni, non ci interessa essere nominati tutti generali – o dirigenti-vogliamo dare il nostro indispensabile contributo ad un sistema sanitario che non può, ne vuole, rinunciare agli infermieri: infermieri di linea, infermieri specialisti, infermieri coordinatori, infermieri dirigenti, infermieri ricercatori, infermieri docenti universitari.

Alcuni mesi fa è stato presentato il progetto per "l'Attivazione delle Unità Assistenziali ad Assistenza Infermieristica Avanzata"; una lettera della CIMO (sindacato medici ospedalieri) ed un articolo su un settimanale hanno fatto sì che la regione Veneto bloccasse il progetto per "mancanza di requisiti". Abbiamo inviato una nota all'Ordine dei Medici chiedendo di discutere ed eventualmente integrare il progetto. La risposta è stata eloquente e, ad oggi, nonostante reiterati tentativi, non vi è l'intenzione di discutere con noi. Sul progetto sono state raccolte anche le adesioni di Direttori di Dipartimento che chiedevano l'avvio della sperimentazione: su sei quattro hanno firmato, mentre due hanno opposto rifiuto perché "sollecitati". È stato richiesto di discutere il progetto in Consiglio dei Sanitari ma il presidente del medesimo (Direttore Sanitario) non ritiene "siano maturi i tempi". Parere favorevole è invece espresso dal Tribunale dei Diritti del Malato nella relazione dell'Assemblea Annuale. Adesso basta, non faremo azioni di "piccolo cabotaggio". Faremo sicuramente lobbying nel suo significato positivo, non come difesa esclusiva di storici privilegi. Metteremo a nudo le contraddizioni e le falle di questo sistema, con l'aiuto di tutti, comprese, lo speriamo, le rappresentanze sindacali troppo spesso silenziose.

Alle reazioni "di pancia" devono seguire prospettive di migliore collaborazione e dialogo, ognuno faccia la sua parte, noi ci saremo, come sempre.

Abbiamo impostato l'editoriale di Maurizio Scassola in due colonne affinché ognuno possa fare le proprie considerazioni, con la preghiera di spedirle alla nostra redazione: notiziario@ipasvive.it

Il Presidente IPASVI
Provincia di Venezia
LuiginoSchiavon

PERCHÈ?

Al Presidente Ordine
Medici Chirurghi e Odontoiatri
Della Provincia di Venezia
Via Mestrina, 86
30172 – M E S T R E

Mestre-Venezia, 15 febbraio 2007
Protocollo n. 294
Oggetto: Invio Progetto.

Egregio Dottor Scassola Le invio copia del progetto "Attivazione delle Unità Assistenziali ad Assistenza Infermieristica Avanzata" predisposto dall'Azienda S.S.L. n. 10. Questo Collegio, al fine di evitare preconcetti è disponibile ad un incontro per discutere il documento in parola ed eventualmente proponendo, congiuntamente, degli emendamenti. In attesa di riscontro, La saluto cordialmente.

Il Presidente
Luigino Schiavon

Parere sul progetto denominato: "Attivazione delle Unità Assistenziali ad Assistenza Infermieristica Avanzata" predisposto dall'Azienda Socio Sanitaria n. 10 "Veneto Orientale", inviato al nostro Ordine dal Presidente IPASVI della Provincia di Venezia Sig. Luigino Schiavon.

Esaminato e discusso il documento in data 27 marzo 2007, il Consiglio dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Venezia esprime un giudizio preoccupato e nel complesso negativo. Nell'introduzione del documento risulta condivisibile il concetto espresso sulla diversificazione del regime di ricovero secondo le "necessità assistenziali", ma la situazione clinica definita nel capitolo della mission e nel capitolo relativo alle caratteristiche degli assistiti evidenziano un esempio gestionale di paziente non ancora stabilizzato e pertanto non dimissibile. Particolarmente incomprensibile risulta peraltro il passaggio del documento inerente il concetto della "prevalenza dell'aspetto assistenziale rispetto a quello clinico terapeutico" con riferimento ad un quadro clinico "relativamente stabilizzato". Secondo i percorsi di risk management, questi concetti possono essere chiari in alcuni casi ma non certo in altri come ad esempio nei confronti di soggetti anziani affetti da polipatologie. L'Ordine della Provincia di Venezia pertanto, nell'esprimere grande preoccupazione per il documento in questione, si impegna a perseguire tutte le strade istituzionali, nell'interesse della tutela della salute dei cittadini, per impedire che questa possa venire messa a rischio da scelte organizzative che non tengano conto di quanto viene previsto dall'attuale legislazione sia per le strutture pubbliche che per quelle private.

*Il Consiglio dell'Ordine dei Medici
Chirurghi e degli Odontoiatri
della Provincia di Venezia*

SVILUPPO E AUTONOMIA INFERMIERISTICA

di A. De Pieri, A. Lelli, S. Bottazzi

Lo sviluppo della competenza e dell'autonomia infermieristica. 1^PARTE

Esperienza dell'Unità Assistenziale Post Acuti Ospedale Bellaria (Bologna)

(1)Alessandra De Pieri – (2)Ada Lelli – (3)Susanna Bottazzi

Questo è il primo di due articoli tratti dal report dell'esperienza di stage presso l'Unità assistenziale Post Acuti ospedale Bellaria dell'Azienda ULS di Bologna nell'ambito del corso Master in Tecniche Manageriali per Coordinatori delle Professioni Sanitarie Università di Verona, e dalla relazione delle autrici al convegno su Lo sviluppo professionale dell'infermiere: un dibattito aperto tra competenze e responsabilità, svoltosi a Sacile il 25 novembre 2006.

In questa prima parte verranno presentati i presupposti che hanno portato alla nascita dell'Unità Assistenziale e le caratteristiche generali. Nella seconda parte si andranno a specificare responsabilità e strumenti operativi.

Questo è un importante contributo e un esempio concreto di applicazione dell'autonomia infermieristica...Quando si dice dalla teoria alla pratica!

INTRODUZIONE

L'Unità Assistenziale Post Acuti (U.A.) nasce come progetto sperimentale alla fine del 1998 e viene inaugurata ufficialmente nel 1999. U.A. fornisce interventi personalizzati a pazienti che, superata la fase acuta di malattia, necessitano di assistenza infermieristica ad elevata intensità e finalizzata allo sviluppo/recupero del massimo potenziale di autonomia residua. I pazienti assistibili in questo reparto presentano le seguenti caratteristiche generali:

- un inquadramento diagnostico e/o un trattamento chirurgico già esaurito;
- un programma terapeutico definito, anche se non completamente completato;
- un quadro clinico relativamente stabilizzato;
- necessità di un'assistenza infermieristica continuativa ad elevata intensità;
- necessità di un'assistenza medica caratterizzata dalla significativa prevalenza della componente di monitoraggio periodico del decorso clinico post acuto e dalla residualità delle componenti diagnostiche terapeutiche;
- eventuale necessità di un progetto riabilitativo personalizzato di tipo estensivo.

L'unità assistenziale citata è una delle pochissime realtà presenti in Italia a completa gestione infermieristica, sono presenti più modelli organizzativi (settori, primary nurse, nurse case management), gli infermieri esercitano il loro ruolo appieno, come da profilo professionale. In questo contesto sono necessari molti strumenti a supporto dell'attività quali cartella clinica (integrata), momenti di incontro tra operatori (breafing e team), vari protocolli operativi di assistenza, piani delle attività e definizione dei ruoli.

CONTESTO NORMATIVO AZIENDALE E REGIONALE

Il contesto normativo che ha portato alla nascita dell'Unità assistenziale in oggetto si riferisce in partico-

lare a:

Delibera del Direttore Generale dell'Azienda U.S.L. Città di Bologna n. 4169 19/12/1996 "rimodulazione e riassetto delle funzioni ospedaliere per il triennio 1997-1999". I riferimenti legislativi in premessa alla delibera riguardano la Legge 537/93 relativa ad "interventi correttivi di finanza pubblica". L'obiettivo della riorganizzazione aziendale riguarda il contenimento dei costi per l'assistenza ospedaliera, ma in una logica che consenta al tempo stesso di mantenere, e semmai di accelerare, la crescita qualitativa e tecnologica dell'ospedale, costruendo nuovi servizi e unità di degenza in un orientamento più appropriato ai bisogni di salute contingenti.

La direttiva Regionale Emilia Romagna del 28/07/1997 N.1455, che ha come oggetto "Criteri di organizzazione e finanziamento della funzione di Lungodegenza (LD) Post-Acuzie e Riabilitazione estensiva, nell'ambito della rimodulazione dell'assistenza ospedaliera nelle Aziende Sanitarie della Regione Emilia-Romagna" indica alle aziende sanitarie l'opportunità di istituire Unità Assistenziali a gestione infermieristica. In sostanza i criteri indicati dalla Regione fanno riferimento a forme di assistenza appropriata per le diverse tipologie di pazienti, utilizzando il concetto di stratificazione del bisogno sanitario. Stratificare significa razionalizzare il percorso assistenziale, dalla complessità delle cure in fase acuta alla risposta a bisogni di carattere assistenziale e/o sociale in fase post acuta. Il percorso suggerisce una gradualità di progressione nell'intensità e nella tipologia di cura e quindi delle professionalità prevalenti nella presa in carico. La Regione Emilia Romagna nella norma di riorganizzazione delle Lungodegenze riconosce e definisce le direttive per l'applicazione del Profilo Infermieristico a tutti i livelli, riconoscendone gli ambiti di responsabilità e quindi sancendone l'autonomia.

CONTESTO NORMATIVO PROFESSIONALE

L'Autonomia Infermieristica viene sancita dalla normativa Nazionale, dalla formazione Universitaria al Profilo Professionale alla riorganizzazione del Sistema Sanitario.

Il decreto del ministero della Sanità n. 739 del 1994 individua la figura dell'Infermiere con il seguente profilo: "L'Infermiere è l'operatore sanitario che, in possesso del titolo universitario è responsabile dell'assistenza generale infermieristica l'assistenza infermieristica, preventiva, curativa, palliativa e riabilitativa è di natura tecnica, relazionale, educativa....."

"... L'Infermiere partecipa all'identificazione dei bisogni di salute della persona e della collettività; identifica i bisogni di assistenza infermieristica..... e relativi obiettivi; pianifica gestisce e valuta l'intervento assistenziale infermieristico; garantisce la corretta prescrizione delle prescrizioni diagnostico - terapeutiche; agisce sia individualmente sia in collaborazione con gli altri operatori sanitari e sociali; per l'espletamento delle funzioni si avvale, ove necessario, dell'opera del personale di supporto; svolge la sua attività professionale in strutture sanitarie... nel territorio e nell'assistenza domiciliare"

" L'Infermiere contribuisce alla formazione del personale di supporto e concorre direttamente all'aggiornamento relativo proprio profilo professionale e alla ricerca"

Il Codice Deontologico declama tra l'altro " L'Infermiere assume responsabilità in base al livello di competenze raggiunto e ricorre , se necessario, all'intervento e alla consulenza di esperti. Riconosce che l'integrazione è la migliore possibilità per far fronte ai problemi dell'assistito; riconosce altresì l'importanza di prestare consulenza, ponendo le proprie conoscenze ed abilità a disposizione della comunità professionale."

"l'Infermiere ascolta, informa, coinvolge la persona e valuta con la stessa i bisogni assistenziali, anche al fine di esplicitare il livello di assistenza garantito e consentire all'assistito di esprimere le proprie scelte"

"l'Infermiere, rispettando le indicazioni espresse dall'assistito, ne facilita i rapporti con la comunità e le persone per lui significative, che coinvolge nel piano di cura."

"l'Infermiere garantisce la continuità assistenziale anche attraverso l'efficace gestione dei sistemi informativi".

Si noti che all'epoca della progettazione dell'Unità Assistenziale Post-Acuti era ancora vigente il famoso "mansionario", abrogato successivamente con la legge 42 del 26/02/1999.

VISIONE D'INSIEME

L'Azienda USL di Bologna coglie l'opportunità fornita dalla normativa regionale e nazionale e di regolamentazione della professione infermieristica e avvia il progetto che porterà all'attivazione delle due Unità

Assistenziali per Post Acuti: Ospedale Bellaria e Ospedale Maggiore.

Le due Unità Assistenziali nascono dalla necessità di provvedere all'assistenza dei pazienti dimessi dalle Unità Operative per acuti e di integrare l'assistenza prestata dalle Unità Operative di Lungodegenza Post-acuzie e di Riabilitazione, con le strutture extraospedaliere per garantire la qualità dell'assistenza al paziente ed evitare ripercussioni negative sull'ospedale, di natura finanziaria e funzionale.

Questa scelta organizzativa è principalmente giustificata da una serie di considerazioni:

i nuovi modelli organizzativi e gestionali dell'assistenza ospedaliera devono essere coerenti con due esigenze fondamentali: stratificazione dell'assistenza e gestione dipartimentale delle risorse, da qui la necessità di organizzare la risposta assistenziale per livelli di complessità e di intensità della assistenza medica ed infermieristica, al fine di rispondere con maggiore appropriatezza ai criteri di gradualità e di intensità delle cure, di continuità-contiguità degli interventi ad esse collegati, ed obbliga a ripensare a modelli organizzativi e gestionali che coinvolgono il personale infermieristico e tecnico;

così come inteso dal profilo professionale, la responsabilità di individuazione del bisogno, di pianificazione dell'assistenza infermieristica, la sua erogazione e verifica dei risultati raggiunti è di pertinenza infermieristica, nelle diverse articolazioni di coordinamento e di dirigenza prevista dalla normativa vigente in una logica di management. Nella presa in carico globale del paziente si riconosce una specifica vocazione relazionale, educativa e riabilitativa generale, da tradursi in progetti individualizzati di responsabilità infermieristica, si riconoscono inoltre ambiti di corresponsabilità relativi a programmi di monitoraggio clinico residui;

l'organizzazione dell'assistenza infermieristica è articolata secondo le funzioni assistenziali di nursing (Processo infermieristico) e secondo i valori fondamentali della disciplina infermieristica: centralità della persona assistita, valutazione dei bisogni e dei problemi di natura fisica, psichica e sociale. L'Infermiere si pone come il professionista che si prende carico del paziente e delle persone per lui significative e li accompagna nei percorsi assistenziali da affrontare. Fondamentale è il processo comunicativo con il paziente, i familiari, l'equipe assistenziale interprofessionale (team) allo scopo di definire i progetti assistenziali e i suoi obiettivi; le relazioni con le strutture territoriali: il Medico di Medicina Generale, il Servizio Sociale, i Servizi Infermieristici, A.D.I., Hospice, ed altri ancora al fine di condividere con il paziente ed i suoi cari il processo di dimissione più idonea al singolo caso; da un punto di vista strutturale le Unità Assistenziali sono distinte e spazialmente separate dalle unità di degenza per acuti, al fine di garantire trasparenza e chiarezza organizzativa, amministrativa e di responsabilità assistenziale, permettendo così una più facile valutazione dell'efficacia ed efficienza gestionale. Nei requisiti strutturali si è tenuto conto della necessità di creare appositi spazi per l'accoglimento dei visitatori e il loro eventuale inserimento nei progetti di assistenza.

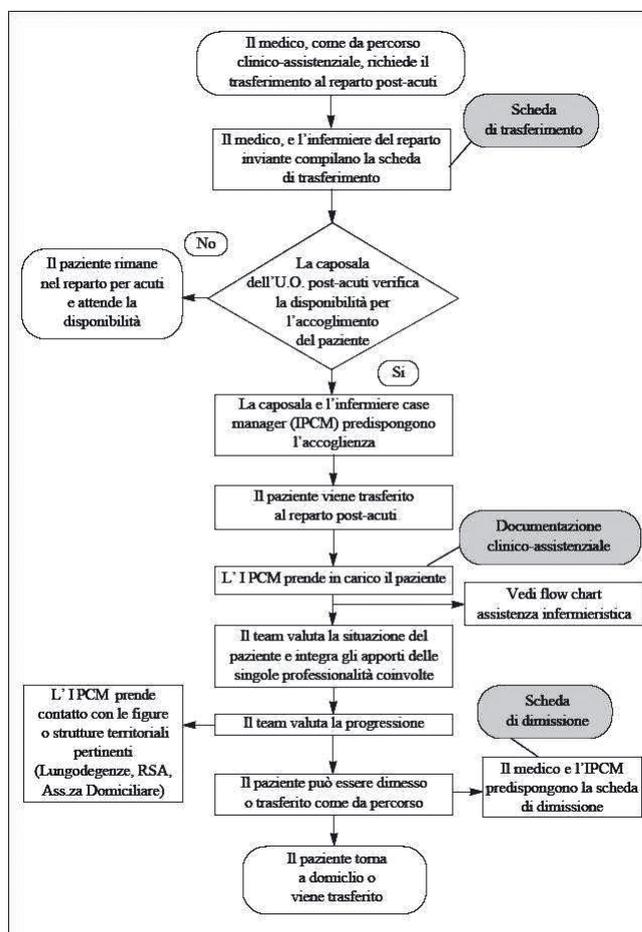


Figura SEQ Figura * ARABIC 1 Percorso dei pazienti nell'Unità Post Acuti. (5)

CONCLUSIONI 1^a parte

Il progetto ha comportato da un punto di vista dell'implementazione una rivoluzione profonda nel modo di concepire l'assistenza soprattutto in ambito ospedaliero. Per gli Infermieri ha comportato impegno e costanza nella costruzione degli strumenti operativi, nell'approfondire gli ambiti professionali, nell'affermazione della propria competenza, nell'essere riconosciuti nella propria autonomia.

Il porsi in maniera fattiva di fianco al paziente, nel governare il difficile e spesso angosciante percorso all'interno della struttura ospedaliera e nell'affrontare l'incognita della dimissione, laddove esistono problemi di inserimento sociale e familiare, ha sviluppato una grande capacità relazionale sia con gli assistiti che con le strutture extra-ospedaliere contribuendo a colmare la dicotomia che da sempre è esistita fra queste istituzioni.

Gli Infermieri cominciano così ad essere identificati nel loro ruolo sociale come professionisti richiesti e ricercati dalla società perché offrono competenze professionali specifiche che non appartengono a nessun'altra figura delle professioni sanitarie, allontanandosi in questo modo dall'immagine dell'infermiera "ancella del medico".

BIBLIOGRAFIA

Direzione Sanitaria Azienda U.S.L. Città di Bologna, documento di Attivazione delle Unità Assistenziali Post Acuti, ottobre 1998.

Delibera Direttore Generale Azienda U.S.L. Città di Bologna del 19 dicembre 1996 n. 4169. approvazione del documento concernente la "rimodulazione e il riassetto delle funzioni ospedaliere per il triennio 1997-1999" dell'Azienda U.S.L. della Città di Bologna.

Direttiva della Giunta Regionale dell'Emilia Romagna 28 luglio 1997 n. 1455. Direttiva per i criteri di organizzazione e finanziamento della funzione di Lungodegenza post-acuzie e riabilitazione estensiva nell'ambito della rimodulazione dell'assistenza ospedaliera nella Aziende Sanitarie della regione Emilia Romagna.

D.M 14 settembre 1994 n. 739. Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'infermiere.

Grassi Pirrone G., Corazza G., Progetto di attivazione dell'unità di degenza per pazienti post acuti a gestione infermieristica nell'AUSL "Città di Bologna". Management Infermieristico 1999; 1:22-31.

¹ Infermiere, stagista presso Unità Assistenziale Post Acuti ASL Bologna Ospedale Bellaria U.A. Consigliere collegio IPASVI di Venezia

² Coordinatore Infermieristico e Responsabile dell'Unità Assistenziale Post Acuti ASL Bologna Ospedale Bellaria

³ Infermiere Case Manager, Unità Assistenziale Post Acuti ASL Bologna Ospedale Bellaria

⁴ Cosa si intende per STABILITÀ CLINICA: quando si possa prevedere con ragionevole sicurezza l'evoluzione e l'andamento del quadro clinico e si prevede che non vi siano modificazioni improvvise, senza più controllo medico quotidiano.

SVILUPPO E AUTONOMIA INFERMIERISTICA

di A. De Pieri, A. Lelli, S. Bottazzi

Lo sviluppo della competenza e dell'autonomia infermieristica.

2^ PARTE

Esperienza dell'Unità Assistenziale Post Acuti Ospedale Bellaria (Bologna)

(1) Alessandra De Pieri – (2) Ada Lelli – (3) Susanna Bottazzi

Nell' Unità Assistenziale Post Acuti attivata presso l'Azienda USL di Bologna vengono individuati pazienti che a seguito della fase di definizione diagnostica e trattamento della patologia per cui è stato effettuato il ricovero, hanno recuperato un buon compenso clinico, ma persistono limitazioni nelle condizioni di autosufficienza e/o richiedono un periodo di riabilitazione estensiva con finalità di recupero. Accedono inoltre pazienti in fase post-acuta stabilizzati, generalmente affetti da un quadro di polipatologia cronica in condizioni di buon compenso clinico, che richiedono elevata assistenza continuativa di tipo infermieristico, con l'obiettivo principale di recuperare le potenzialità residue al fine di provvedere alle auto-cure anche con il coinvolgimento di un Care Giver.

Dal punto di vista della responsabilità l'Azienda U.S.L. di Bologna a fronte di una bassa intensità di assistenza medica, affida la responsabilità organizzativa e gestionale al personale infermieristico, fermo restando la supervisione e la responsabilità clinica dei singoli medici invianti.

L'Unità Assistenziale Post Acuti è orientata alla massima facilitazione del percorso del paziente all'interno della struttura ospedaliera. Il percorso tende a superare i difficili momenti dei passaggi nelle varie Unità Operative nella struttura ospedaliera e da queste alle strutture territoriali.

Il modello organizzativo tiene conto di tre grandi processi, valutati per ogni singolo paziente :

processo di presa in carico

processo di assistenza

processo di dimissione

1 - Le modalità organizzative del processo di trasferimento e di presa in carico del paziente post-acuto, sono definite in primis dai protocolli dei percorsi clinico-assistenziali condivisi da ogni Unità Operativa ospedaliera afferente; prevedono per ogni tipologia di paziente trasferibile nell'Unità Assistenziale i criteri di eleggibilità ed i criteri di esclusione declinati dall'atto istitutivo aziendale .

In particolare i protocolli sopra citati, nei quali è inserita anche la matrice delle responsabilità riguardano: l'individuazione dei pazienti da candidare all'Unità Assistenziale a cura dell'equipe inviante (Medico e Infermiere)

la proposta di trasferimento: che deve chiaramente indicare, al fine di garantire la continuità assistenziale, informazioni di carattere clinico, riabilitativo o sociale e obiettivi da raggiungere. Tali proposte vengono vagliate dal Coordinatore dell'Unità Assistenziale al fine di valutare l'appropriatezza e programmare il ricovero, pesare il carico assistenziale, definire le modalità di ammissione e presa in carico del paziente ed affidarlo ad uno specifico settore.

Il ruolo dell'Infermiere Case Manager è centrale per la corretta gestione del percorso, infatti : verifica che la scheda di trasferimento sia compilata in ogni sua parte dal medico responsabile del caso e dall'infermiere del reparto inviante, valuta la documentazione clinica ed infermieristica messaggi a disposizione (al fine di costruire l'anamnesi clinico/infermieristica), visita fisicamente il paziente, esegue un'intervista strutturata allo scopo di individuare: i problemi sociali ed ambientali che possono costituire un problema alla

dimissione; individuare le aspettative che l'assistito e i suoi parenti hanno, verifica che il paziente ed i familiari siano a conoscenza delle finalità del trasferimento all'Unità Assistenziale, informa sull'organizzazione dell'Unità stessa, consegna la Carta degli impegni e provvede ad attivare le risorse professionali e strumentali necessarie per l'assistenza globale.

Anche l'ammissione avviene a cura dell'Infermiere Case Manager di settore che presenta ai colleghi il caso clinico-assistenziale, dopo aver definito gli obiettivi disciplinari e interdisciplinari a lungo termine da raggiungere alla dimissione.

Il Primary Nurse è invece l'Infermiere Leader responsabile della pianificazione dell'assistenza: nelle 24 ore successive alla presa in carico definisce i livelli di dipendenza, i problemi assistenziali reali e potenziali espressi dal paziente, pianifica gli obiettivi operativi e i monitoraggi necessari per valutare l'andamento assistenziale. Ogni assistito ha il suo Primary Nurse. In collaborazione con l'Infermiere Case Manager valuta le performance raggiunte dai pazienti e la congruenza con gli obiettivi a lungo termine.

2 - Lo strumento utilizzato dagli Infermieri e da tutti i professionisti chiamati in causa nell'assistenza del paziente è rappresentato dalla Cartella Integrata unico documento esistente che raccoglie tutte le informazioni relative al paziente.

L'Infermiere di settore esercita la sua professionalità non solo nella progettualità dell'assistenza, sviluppando un pensiero diagnostico e prognostico nel processo assistenziale, ma esercita una forte autonomia nei processi decisionali. Esercita un ruolo manageriale rilevante, sia nella gestione e valutazione del personale di supporto e delle attività a lui affidate, sia nella individuazione delle risorse materiali più appropriate per ogni singolo paziente.

Il Team è l'organo decisionale in cui vengono definiti a livello multiprofessionale i programmi diagnostico-terapeutici e riabilitativi da attuare in regime di degenza nonché le dimissioni, quando tutti gli obiettivi clinici, assistenziali, riabilitativi e di carattere sociale sono stati raggiunti.

Il Team integra i diversi apporti professionali in un progetto coordinato, è formato da: medici referenti delle UU.OO. invianti, Infermieri Case Manager, Infermiere di Settore, Medico fisiatra, Coordinatore dei Terapisti della Riabilitazione, Assistente Sociale ed altre figure professionali chiamate in causa per ogni singolo caso assistenziale.

3 - Il processo di dimissione termina quando l'Infermiere Case Manager considera assolto il programma assistenziale prestabilito, ha concordato con il paziente ed i familiari il percorso post-dimissione (team allargato) e ha organizzato quanto concordato. Avanza quindi la proposta di chiusura del caso clinico al medico responsabile di quel paziente. La pianificazione e gestione delle dimissioni è chiaramente individuata in percorsi prestabiliti in ambito sociale e sanitario concordati e condivisi dai responsabili delle diverse strutture così da poter sottoporre al paziente ed agli eventuali familiari le diverse possibilità di scelta.

All'atto della dimissione viene consegnata la lettera di dimissione costituita da: lettera di dimissione clinica, relazione Fisiatrica, (se prevista dal caso specifico), scheda di dimissione infermieristica stilata dall'Infermiere di settore. La lettera di dimissione Infermieristica documenta gli aspetti relativi al programma assistenziale svolto e gli obiettivi ancora da raggiungere. Lo scopo è quello di trasmettere in maniera formale e sistematica tutte le informazioni necessarie ai professionisti che prenderanno in carico il paziente sul territorio. La dimissione dei pazienti dall'Unità assistenziale post-acuzie, qualora non sia possibile il rientro al proprio domicilio o persistano problematiche di tipo socio-assistenziale, deve essere concordata con le unità territoriali competenti, per la trasmissione delle informazioni e il passaggio della cura di questi pazienti.

IL SISTEMA DELLE RESPONSABILITÀ

Il sistema delle responsabilità individuato intende assicurare, in un quadro di appropriatezza d'uso e di valorizzazione delle diverse competenze professionali, la continuità dell'assistenza al paziente e una gestione efficiente delle cure; la continuità dell'assistenza è perseguita nelle sue due dimensioni:

trasversale che persegue il coordinamento dell'insieme degli interventi necessari a soddisfare il complesso dei bisogni assistenziali della persona, (Infermiere di settore)

longitudinale, che assicura per tutto l'episodio di cura l'erogazione e il monitoraggio degli interventi pianificati con e per il paziente, adeguandoli nel tempo al variare della natura e dell'intensità del bisogno assistenziale riscontrato (Infermiere, Infermiere Case Manager, "team interprofessionale").

Si intende in questa sede porre l'attenzione sulle responsabilità specifiche dell'infermiere

L'Infermiere Case Manager ha la responsabilità di: mantenere la continuità dell'assistenza: dalla presa in carico del paziente all'organizzazione della fase di dimissione.

agire come facilitatore della soluzione di problemi interdisciplinari

garantire che le risorse necessarie all'erogazione dell'assistenza siano immediatamente disponibili

verificare che le attività assicurate ai pazienti siano coerenti con i bisogni rilevati.

in collaborazione con il Team multidisciplinare, il paziente e la sua famiglia, agisce da punto di unione per lo sviluppo, implementazione, monitoraggio e rettifica del piano assistenziale.

Mantenere collegamenti funzionali extra-ospedalieri attivare, per i pazienti anziani non autosufficienti, l'Unità di Valutazione Geriatria e la rete dei Servizi territoriali

L'Infermiere di settore ha la responsabilità di :

della presa in carico del paziente accolto nel settore di appartenenza

della raccolta dati nelle 24 ore successive all'accoglienza per individuare i bisogni reali e potenziali del paziente

definire le diagnosi infermieristiche

definire gli obiettivi di assistenza in ordine di priorità

stabilire gli interventi più appropriati

definire il piano di lavoro

persegue gli obiettivi interdisciplinari di tipo clinico

affidare al personale di supporto gli atti assistenziali a lui attribuibili

valutare i risultati raggiunti.

è membro attivo del Team multidisciplinare

Mantiene rapporti quotidiani con i fisioterapisti nella gestione e valutazione del piano interdisciplinare.

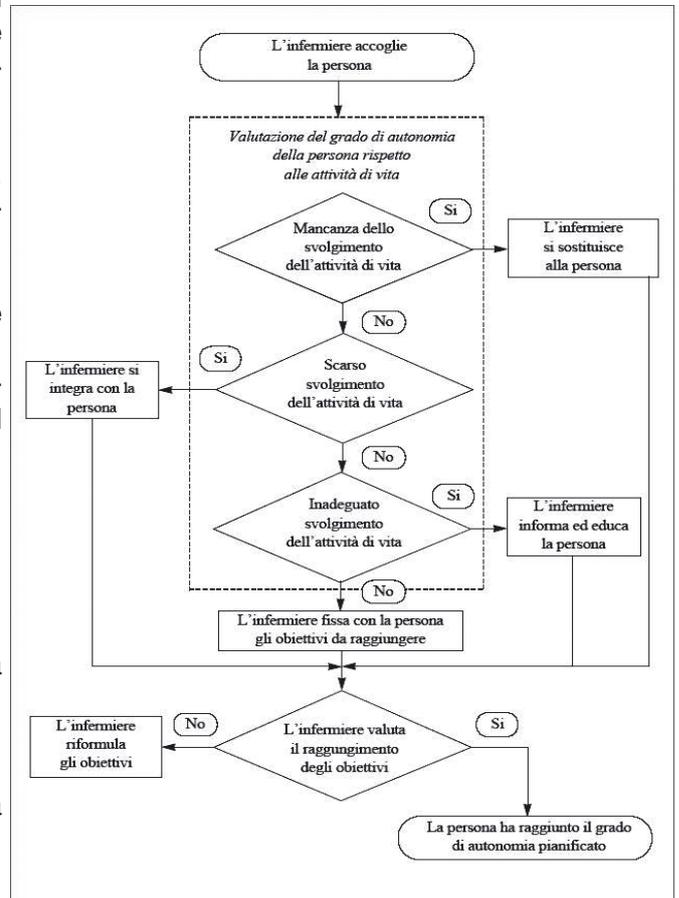


Figura SEQ Figura * ARABIC 1 Percorso dei pazienti nell'Unità Post Acuti. (3)

CONCLUSIONI

Questa esperienza insegna che progetti di tale portata, richiedono l'attivazione di molte competenze e professionalità (nonché appoggi più o meno politici a livello regionale ed aziendale e degli ordini professionali), devono essere chiari gli obiettivi che si vogliono raggiungere, conoscere gli strumenti a disposizione per raggiungerli, e condire il tutto con una buona dose di autostima e umiltà, perseveranza, diplomazia e non illudersi di ottenere subito i risultati, e soprattutto presidiare quanto raggiunto per non tornare indietro!

La speranza è che tale modello, a fronte di una scelta coraggiosa effettuata dall'azienda USL città di Bologna, diventi un "faro" per la guida organizzativa di ogni unità operativa dove la rilevanza del servizio erogato ed il risultato conseguente è prevalentemente dovuto agli infermieri (es lungodegenze ed RSA).

BIBLIOGRAFIA

Direzione Sanitaria Azienda U.S.L. Città di Bologna, documento di Attivazione delle Unità Assistenziali Post Acuti, ottobre 1998.

Raccolta dei documenti elaborati per la giornata finale regionale del corso per infermieri coordinatori delle unità di lungodegenza post-acuzie e riabilitazione estensiva, Bologna, 15 marzo 1999.

Prato Previde G. La selezione del personale e l'unità di degenza post acuti. Organizzazione 1999; foglio notizie n.2.

Grassi Pirrone G., Corazza G. Progetto di attivazione dell'unità di degenza per pazienti post acuti a gestione infermieristica nell'AUSL "Città di Bologna". Management Infermieristico 1999; 1:22-31.

Santullo A. I modelli d'organizzazione dell'assistenza. In: Santullo A., L'infermiere e le innovazioni in sanità 2^a ed., Milano: McGraw-Hill, 2004.

¹ Infermiere, stagista presso Unità Assistenziale Post Acuti ASL Bologna Ospedale Bellaria U.A. Consigliere collegio IPASVI di Venezia

² Coordinatore Infermieristico e Responsabile dell'Unità Assistenziale Post Acuti ASL Bologna Ospedale Bellaria

³ Infermiere Case Manager, Unità Assistenziale Post Acuti ASL Bologna Ospedale Bellaria

⁴ Per la pianificazione assistenziale si è adottato il modello di Nursing basato sulle "attività di vita" delle teoriche Roper/Logan/Tierney modificato.

GLI EVENTI SFUGGITI

di Ada Lelli

Che dire, forse al Dott. Scassola sono sfuggiti un pò di eventi intervenuti in questi ultimi 10 anni, sia in termini di normative naz.li e regionali che Universitarie, sia in termini di sperimentazioni operative ormai consolidate che si sono sviluppate soprattutto in Emilia Romagna (4 UU.AA. a completa gestione Infermieristica).

Chi scrive dirige una delle Unità Assistenziale per Post-acuzie a Direzione Infermieristica appunto, che vanta una esperienza decennale ed è perfettamente inserita in un Dipartimento Medico che annovera 32 Unità Operative. (sono circa 5000 i pazienti che sono stati presi in carico da 10 anni a questa parte, senza mai riverire una istanza negativa, semmai solopositive)

Le contestazioni che muove il Dottore in oggetto si sono manifestate 10 anni fa da parte dell'Ordine dei Medici ed anche dai Medici stessi della U.S.I. quando la Regione E.R. e L'azienda USL di Bologna fecero la scelta di sperimentare la direzione e la gestione Infermieristica per queste realtà assistenziali. I dati, l'esperienza fatta e soprattutto l'audit di qualità percepita svolta dalla Regione a 3 anni dall'implementazione del progetto stesso, hanno dimostrato ampiamente la validità del progetto e confermato la capacità degli Infermieri sia di dirigere che di governare dei processi assistenziali individualizzati in piena sintonia sia con le altre figure sanitarie, medici compresi, sia con le istituzioni territoriali favorendo, molte meglio di altre UU.OO., la gradualità delle cure e la presa in carico dell'utente a livello territoriale. Questa esperienza ha dato la possibilità di mutare profondamente l'approccio con il paziente ponendolo al centro di un processo (presa in carico, assistenza e dimissione protetta) dove l'azione è concordata e condivisa con il paziente stesso e la sua famiglia in un contesto di reale integrazione con il Servizio Sociale, dove tutte le figure sanitarie entrano in gioco con pari dignità e visibilità.

L'ottica non di "appartenenza, cioè il mio paziente" ma di servizio reso, ognuno per le proprie competenze, ad un cittadino che si rivolge al Servizio Sanitario e che vuole vedere risolte tutte le sue problematiche, non solo quelle mediche (diagnosi e terapia) è risultata vincente, tanto che oggi sono i medici stessi delle Unità Operative per Acuti a richiedere la consulenza del "Management Infermieristico" di fronte a dimissioni che si presentano difficili e complesse, riconoscendo di fatto una competenza peculiare in questo senso al "Corpus Infermieristico"

Vorrei ancora sottolineare che il professionista che da sempre ho adottato l'approccio olistico nell'assistenza e non solo in Italia, prima di noi i paesi Anglosassoni ma anche quelli Europei, sono gli Infermieri. Come da sempre gli Infermieri hanno avuto ed hanno una maggior capacità, sia per formazione, sia per esperienza sul campo di gestire le risorse umane e materiali che di individuare le strategie gestionali più adatte per far funzionare un reparto e per soddisfare i bisogni degli assistiti. La differenza sta nel fatto che fino al 1997 (data di aperture della mia U.A.) gli Infermieri agivano nonostante le sovrastrutture, allo stato attuale semplicemente viene formalmente e visibilmente riconosciuto ciò che da sempre hanno fatto. Questo anche grazie al modificarsi di un iter formativo da Regionale a Universitario che di fatto riconosce una laurea e quindi una abilità professionale e una carriera che non può non essere agita o sottovalutata.

Certo la storia della formazione in Medicina e Chirurgia ha più di 500 anni, ma la storia dell'assistenza non ha sempre avuto i medici come protagonisti.

Ada Lelli Responsabile Post-Acuti Ospedale Bellaria Azienda USL di Bologna

A PROPOSITO DI ECM

di Mario Degan

Caro Luigino,

Mi rivolgo a te come presidente del collegio degli infermieri e membro della Consulta delle professioni, due organismi politici che dovrebbero indirizzare il progetto ECM.

In questa lettera vorrei farti partecipe di alcuni problemi del sistema ECM regionale, secondo il mio punto di vista, quello di un professionista che si occupa di formazione continua per i lavoratori di una grande azienda socio-sanitaria pubblica.

Ho deciso di scriverti da quando è chiaro che tutte le decisioni che riguardano l'ECM vengono prese centralmente e rimane agli uffici formazione locali solo la discussione su aspetti marginali, senza possibilità di un confronto reale.

Se devo trovare la causa primitiva di tutto quello che sta accadendo, mi sembra che i componenti della segreteria/comitato tecnico/commissione vivano in un mondo virtuale, senza avere coscienza di quello che il loro sistema ECM causa concretamente nel mondo reale.

Come ho già visto accadere, ritrovo il comportamento di coloro che hanno letto qualche manuale del perfetto formatore e, folgorati, vogliono incastrare a forza i modelli teorici appresi (di solito volutamente aspecifici, esemplificativi e didattici) in contesti reali.

In altre parole, l'esperienza non li ha ancora portati alla competenza (ed alla pazienza) del formatore-professionista alla continua ricerca delle soluzioni formative più efficaci ed efficienti in un dato contesto culturale, organizzativo, normativo, ecc..

Concetti quali il processo di formazione permanente, l'analisi del bisogno, i campi dell'apprendimento, la coerenza tra obiettivi/contenuti/modalità didattiche, la valutazione di impatto sull'organizzazione, ecc. hanno il valore di essere dei principi-guida che accomunano tutti i formatori, ma poi devono essere re-interpretati in un specifico spazio e tempo.

I responsabili del sistema ECM regionale, invece, non sembrano comprendere tutto quello che consegue da una loro decisione, anche perché adottano nei confronti degli uffici formazione aziendali lo stesso approccio dei coloni che considerano selvaggi da acculturare coloro che incontrano.

Non mi dilungo ora sul primo gigantesco errore dell'ECM, cioè rendere obbligatoria per tutti gli operatori sanitari una formazione di ugual misura, perché obiettivamente non è colpa dei creatori del sistema regionale.

Presumere che tutti, indipendentemente dalla qualifica e dal ruolo lavorativo effettivamente ricoperto, abbiano necessità formative quantificabili in un punteggio uguale a livello nazionale è già la prima assurdità che trasgredisce il fondamento dell'andragogia: l'apprendimento avviene solo se i partecipanti intravedono un'utilità nel quotidiano.

Diretta conseguenza è che ad ogni iniziativa formativa partecipano solitamente diverse persone né interessate né bisognose.

Questa situazione mostra la continua contraddizione del sistema ECM: partire da principi generali molto nobili ma arrivare concretamente portare alla negazione degli stessi.

Coloro che guidano il sistema regionale stanno però proseguendo sul solco dello stesso peccato originale.

Forse non sono a conoscenza che l'ECM ha generato accordi e contratti di lavoro che hanno trasferito l'onere del raggiungimento dei crediti dal singolo professionista all'azienda sanitaria pubblica in cui lavora (peraltro, politica già adottata prima della sua formalizzazione per riuscire a mantenere la così detta

pace sociale).

In pratica, deresponsabilizzati i professionisti sta accadendo che le aziende sono costrette a devolvere importanti risorse per assicurare a tutti i professionisti i crediti promessi.

Già questo fatto è sufficientemente grave e fa inorridire ogni formatore: essere costretti ad organizzare iniziative inefficaci, cioè per persone che non hanno reali bisogni formativi ma devono solo raggiungere un determinato punteggio.

Difatti, in ogni azienda ci sono persone che non abbisognano di formazione annua, semplicemente perché le loro attività lavorative sono poco complesse oppure stabili oppure estremamente specialistiche; ebbene, con grande rammarico, il formatore aziendale deve ugualmente perdere buona parte del suo tempo (per non parlare di altre risorse economiche) per costruire iniziative inutili.

Se però accade, viceversa, che le stesse persone abbiano grandi bisogni formativi, poiché la scienza ha portato una repentina innovazione o sta cambiando il loro ruolo organizzativo, lo stesso formatore difficilmente troverà le risorse per proporre iniziative che superino ampiamente i crediti annui obbligatori. Oltretutto, molti partecipanti porranno la solita irritante domanda: “dal momento che ho già raggiunto i crediti per quest’anno, devo proprio andare a questo corso?”

Tutto questo condiziona fortemente le politiche formative di una ULSS che, ricordo, dovrebbe utilizzare la formazione in modo strumentale ai propri obiettivi (a loro volta funzionali ai risultati di salute della popolazione) e non per il raggiungimento afinalistico di crediti ECM.

Proprio in questi giorni, l’analisi del bisogno formativo ha portato alla luce l’opportunità di investire fortemente nel personale amministrativo per informatizzare le procedure aziendali ma questo è praticamente impossibile, poiché le risorse sono prioritariamente e quasi interamente destinate a chi ha obblighi ECM. Riprendendo le fila del discorso, la commissione regionale ECM sta riuscendo nell’aggravare ulteriormente questa già triste situazione.

Prevedere che l’inglese od il management o l’informatica non potranno essere più accreditati può sembrare una scelta coerente con l’idea di purezza del sistema ECM – la clinica è il core curriculum di un professionista sanitario - ma cosa comporterà nelle realtà locali ?

La formazione su tali argomenti diventerà un lusso e le risorse destinate alla formazione rischieranno di essere disperse in mille rivoli senza raggiungere alcun obiettivo.

Inoltre, assicurare la formazione esclusivamente su ambiti clinici anche a chi non ha bisogno di aggiornamento su tali temi, diffonderà ancora di più la convinzione che un corso di formazione non ha valore quanto tale e che l’eventuale punteggio ECM è un valore aggiunto, ma che l’unica cosa che conta è ottenere un dato numero di crediti.

Inoltre, se (come accade nella mia azienda) l’analisi del bisogno formativo ha rivelato che la lingua inglese è una materia fondamentale per il personale infermieristico, per migliorare la relazione interpersonale con l’utente straniero, ma anche che le competenze linguistiche presenti al momento sono mediamente molto basse, dovrei coerentemente organizzare iniziative per principianti lunghe e costose.

I corsi generici di lingua inglese, però, non saranno accreditabili e quindi sarà molto difficile reperire le risorse per effettuarli e per permettere la partecipazione dei dipendenti non solo a queste iniziative ma anche a tutte le altre necessarie per ottenere i crediti ECM.

Analogamente, i componenti della commissione ECM sono consapevoli che, senza investire in corsi base di informatica e di inglese, non sarà possibile costruire un livello minimo di competenze per introdurre un pratica basata sulle prove d’efficacia (Evidence-based Practice) ? oppure, che sarà molto difficile migliorare l’efficienza dell’organizzazione senza offrire corsi di base su management o legislazione ai nuovi quadri intermedi infermieristici ?

Comunque, più triste del divieto di accreditare argomenti non clinici è il successivo suggerimento della segreteria ECM di come inserire alcune frasi nei progetti riguardanti l’informatica od il management per riuscire a farli passare indenne all’esame della commissione.

Quest’ultima considerazione porta direttamente al secondo problema dell’ECM regionale: dare importanza alla forma piuttosto che alla sostanza.

La preoccupazione maggiore di un formatore è che ogni progetto nasca da problemi reali e tenda alla loro risoluzione.

Prima ancora dello stravolgimento causato da ECM, questa riflessione ha portato diversi uffici formazione a costituire una rete di referenti distribuiti capillarmente poiché una grande azienda sanitaria ha, per definizione, innumerevoli bisogni formativi dovuti dall'eterogeneità dei professionisti e dei servizi. Spesso questa soluzione è stata la conseguenza di precedenti errori, quali costruire piani di formazione universali che poi si dimostravano inefficaci.

Al proposito, si fa notare che l'ECM sta riproponendo molti degli sbagli già effettuati localmente, quale l'utilizzo di un unico modello di gradimento (peraltro controfirmato che non assicura sulla bontà delle informazioni) che può avere solo valore generico, fornendo dati rappresentabili in bella forma statistica ma sostanzialmente grossolani. Solo l'esperienza farà capire alla segreteria/commissione/comitato ECM che unicamente modelli di gradimento specifici su aspettative, docenti, contenuti, ecc. per ogni singola iniziativa possono aiutare un formatore a migliorare i propri progetti. Ora, i partecipanti ai corsi ECM regionali hanno ben compreso l'inconsistenza di un modello standard e quantitativo, dando risposte automatiche sempre uguali: tutti 5, 6 o 7 od anche 1 ma senza dimostrare un riflessione su ogni specifico item; allo stesso tempo però (provare per credere), non tollerano la somministrazione di un secondo modello molto più analitico, perché viene erroneamente vissuto come un altro adempimento cartaceo senza significato imposto dall'ECM.

Tornando al rapporto tra gli uffici aziendali ed i referenti, si è quindi preferito coinvolgere delle persone che continuassero a prestare la propria attività professionale in diversi servizi, piuttosto che creare un ufficio per la formazione ipertrofico che rischiasse di perdere il contatto con le realtà locali.

Il principio-guida nel coordinare tali referenti è che quando, nei fatti, sono chiari i problemi da cui origina la richiesta di formazione, quando è chiaro come questa può contribuire a risolverli, quando è chiaro il percorso che collega questi due estremi, il progetto scritto diventa solo un esercizio di stile.

Certo, è bello leggere un progetto ben redatto (forma) ma questo è marginale rispetto alla certezza che il problema è stato correttamente individuato ed il percorso formativo è coerente (sostanza).

Per far comprendere meglio, i referenti sono professionisti che, spesso volontariamente, dedicano parte del loro tempo in attività spesso difficili come mediare tra la linea gerarchica (la committenza formativa) ed i propri colleghi (i partecipanti).

Solitamente hanno il compito di analizzare il bisogno e di costruire delle iniziative efficaci, individuando i deficit in conoscenze e/o in abilità dei destinatari, selezionando i docenti e concordando con loro contenuti, modalità e strumenti; redigono anche i progetti ma senza essere dei formatori di professione, pertanto non abituati ad usare termini e frasi ortodosse e così, nel processo di accreditamento, si scontrano quotidianamente con gli azzecagarbugli dell'ECM che li riprendono sul linguaggio utilizzato.

Sembra sfuggire agli analisti dei progetti il fatto che la letteratura scientifica sulla formazione riporta diverse scuole di pensiero e che non esiste un unico vero glossario; d'altro canto, è sufficiente leggere i documenti prodotti dalla stessa ECM per trovare contraddizioni ed ambiguità, come la speculazione tra formazione – accreditabile – ed informazione od aggiornamento – non accreditabili - o l'elenco delle diverse forme di formazione od anche la classificazione dei metodi didattici.

Talvolta si arriva a situazioni paradossali, per cui progetti già accreditati sul sistema ECM nazionale ma rispediti al mittente dal sistema regionale, passano indenni alla seconda revisione dopo che un abile taglia-incolla ha solo spostato gli stessi paragrafi per farli coincidere esattamente con la traccia pensata dai tecnici regionali.

La pazienza viene già messa alla prova dalle osservazioni sulla terminologia, ma quello che davvero esaspera chiunque è il mettere in dubbio ciò che viene descritto nel progetto: i destinatari (qualifica e numero), le modalità didattiche, l'articolazione oraria, ecc.

Nei fatti, la commissione/segreteria mostra l'arroganza di chi, non avendo conoscenza diretta dell'iniziativa ma solo leggendo su carta, dà un'enfasi esagerata alla forma del progetto piuttosto che alla sua sostanza.

La conclusione è che tutti coloro che affrontano i giudizi dell'ECM hanno ormai imparato ad essere accomodanti ed è risaputo che si costruiscono spessissimo progetti verosimili che si incastrano artificiosamente nelle griglie ECM.

L'esempio più calzante di questa ipocrisia obbligata è la prova finale dell'apprendimento.

Ogni serio formatore conosce il rapporto diretto tra obiettivi formativi (intellettuali, gestuali, relazionali), modalità didattiche e strumenti di valutazione dell'apprendimento; però, sa anche che è molto difficile e

lungo costruire una prova dell'apprendimento realmente discriminante dei diversi livelli di acquisizione di nuove conoscenze od abilità.

Inoltre, sa anche che un progetto ben costruito porta solitamente a poche persone che eccellono, ad una maggioranza che supera il livello minimo di performance ed anche a qualcuno che non arriva nemmeno alla sufficienza (e quindi non conseguirà i crediti).

Bisogna, quindi, dare certezza che le performance richieste siano veramente quelle più significative ed anche che le modalità di valutazione siano pertinenti ed obiettive.

Il proliferare di iniziative formative, le attese dei partecipanti ad acquisire crediti e la diffusa carenza di risorse degli uffici formazione aziendali suggerirebbe quindi di concentrare lo sforzo di valutare l'apprendimento solo sulle iniziative più importanti.

D'altra parte è lecito presumere che per diversi corsi il livello minimo di apprendimento venga acquisito da chiunque (ad esempio, quelli di trasferimento/aggiornamento di conoscenze), mentre per molti altri sia una misura inutile perché saranno seguiti da ulteriori iniziative di rafforzamento (ad esempio, corsi di sensibilizzazione).

Purtroppo, si è deciso che, tutti i progetti devono terminare con una prova dell'apprendimento, ma con quale risultato ?

Gli organizzatori sono indotti a costruire prove dell'apprendimento approssimative che nella realtà non vengono nemmeno analizzate, come dimostrano gli ingenui rapporti dell'ECM che rivelano livelli di apprendimento eccellenti dovunque e per chiunque; inoltre, scorrendo i progetti presenti nella banca dati ECM si trovano continuamente eclatanti incoerenze tra campi e strumenti dell'apprendimento.

I gestori dell'ECM regionale hanno, da parte loro, aggravato questa situazione, costruendo una gabbia di indicazioni quantitative entro cui definire le prove dell'apprendimento

Il terzo problema può essere sintetizzato in questa affermazione: l'ECM regionale ha raggiunto una burocraticità superiore perfino al sistema nazionale !

Alcune pesanti situazioni si sono trasferite acriticamente dal centro alla periferia, quali il dover prevedere esattamente e con largo preavviso il corso, poco cambia che l'intervallo sia di tre o due mesi.

Secondo ECM, è impossibile rilevare la necessità di effettuare dei progetti formativi in tempi stretti per bisogni urgenti (ad esempio, il rapido adeguamento delle competenze causato dalla sostituzione non prevista di un macchinario).

Inoltre, ogni nuovo progetto formativo abbisognerebbe di una certa flessibilità per esser efficace; si può scoprire, ad esempio, che è opportuno inserire ulteriori professioni non previste inizialmente, variare il numero di partecipanti, allungare o accorciare la durata, ... alcuni cambiamenti dovranno avvenire rapidamente valutando la reattività dell'aula proprio durante lo svolgersi dell'iniziativa.

Le procedure ECM, invece, chiedono di arrivare al dettaglio di chi dirà che cosa a chi in quale momento e come, senza possibilità di modifiche.

Andando alla sostanza della formazione, cosa aggiunge al progetto, ad esempio, descrivere esattamente con due mesi di anticipo i casi che si desidera trattare in classe ? perché non è sufficiente aver dato mandato al docente di utilizzare tale modalità didattica, coerentemente con gli obiettivi, lasciandogli poi la libertà di preparare, scegliere, proporre od anche raccogliere dai partecipanti i casi che meglio si adattano alla situazione.

L'esempio più eclatante di irritante burocrazia è la certificazione di assenza di conflitto di interesse, nata nel tentativo di evitare la trasmissione di contenuti viziati ma che si è tradotta concretamente in un adempimento a finalistico.

La verità è che il personale degli uffici formazione si affatica a raccogliere e conservare, in tempi e modi molto stringenti, innumerevoli pezzi di carta, in un obbligo incomprensibile per i formatori ed anche per docenti.

D'altra parte nessuno ha mai autorevolmente dichiarato cosa vuole dire esattamente conflitto di interesse e, anche se questo fosse accaduto, la controfirma su un modulo prestampato non assicura certamente che il conflitto sia assente visto che è impossibile verificare la bontà dell'affermazione.

Altre nuove complicazioni vengono create ogni giorno, come, ad esempio, il passaggio da crediti assegnati a partecipanti od a docenti fino alle attestazioni: per i partecipanti con obblighi ECM e quelli senza obblighi ECM, per i docenti-docenti o per i docenti-partecipanti, per i docenti che hanno conseguito un nume-

ro di crediti superiori a quelli assegnati al corso, per i responsabili scientifici, per gli animatori, per i tutor, ecc.

Altro esempio è la decadenza dell'accreditamento ad un anno di distanza dell'inserimento, anche per quei corsi che si intende replicare continuativamente; al proposito, vedo già con timore la possibilità di ottenere un numero diverso di punti con conseguente recriminazioni da parte dei partecipanti all'una od all'altra edizione.

Queste attività possono essere semplici per chi organizza poche iniziative, ma diventano un gigantesca perdita di tempo per chi risponde ad una moltitudine di bisogni formativi.

La goccia che farà traboccare il vaso è la formazione sul campo.

Da sempre, i formatori competenti sono consapevoli che l'apprendimento basato sull'esperienza è una delle forme più efficaci; da parte mia promuovo la formazione sul campo da anni, ancor prima che nascesse l'ECM.

Quando è arrivato il sistema ECM nazionale di accreditamento è stato ugualmente possibile accreditare tale tipo di formazione (il tutorato soprattutto, ma anche i progetti di miglioramento continuo), seppure con artifici letterari per superare gli ostacoli posti dai referee che, ricordo, non sono formatori di professione e spesso non comprendevano nemmeno cosa fosse la formazione sul campo.

Proprio in questi mesi sto organizzando la frequenza sistematica presso un reparto di rianimazione di alcuni medici di chirurgia generale e medicina interna in previsione dell'apertura di diversi posti letto di terapia sub-intensiva.

Al termine del percorso, i partecipanti a questo progetto otterranno ben 189 crediti ECM (!) tramite un corso teorico introduttivo di tre giorni, rivolto al massimo a sei persone contemporaneamente, e tre moduli di due settimane di tutorato.

Ebbene, già ora per motivi esclusivamente ECM, sarò costretto a spezzare artificialmente in due anni un percorso altrimenti continuativo, per far acquisire ai dipendenti il maggior numero di crediti validi.

Ora, perché dovrei trasferire tutto sul sistema regionale ECM ed ottenere al massimo 50 crediti ? Soprattutto, perché dovrei scrivere un progetto dettagliato che descriva pedantemente ruoli ed attività con un dispendio di energie che potrebbero essere destinate meglio come, per l'appunto, seguire sul campo la formazione sul campo ?

Le risposte sono solo due: la prima è che l'ECM regionale non ha (ancora) costi.

La seconda, più importante, è che per la commissione/segreteria la formazione non accreditata sul sistema regionale sembra non esistere, poiché le loro statistiche non mettono mai in conto la possibilità di una formazione accreditata nel sistema nazionale od anche non accreditata (non solo quella rivolta a personale senza obblighi ECM ma anche quella non inserita nel sistema ECM per vari motivi).

Non proseguo oltre perché la mia opinione ti è certamente chiara: il sistema ECM deve essere radicalmente rivisto e non abbisogna solo di alcuni aggiustamenti.

Già oggi l'ECM ha fatto terra bruciata di anni di lavoro, creando una mentalità nei partecipanti e nei formatori meno attenti che impedirà per anni la costruzione di percorsi di formazione efficaci.

Scusa anche il risentimento che forse traspare da questa lettera, ma mi trovo nella situazione dell'innamorato deluso; come molti altri, ho accolto con entusiasmo l'ECM approvandone le buone premesse ma poi ho visto come lentamente queste venivano sconfessate.

Ora ho un sogno: avere il tempo per ricercare seriamente i bisogni formativi, effettuare poi un corso dove i partecipanti siano realmente interessati, scoprire pochi giorni prima che è bene allargare le professionalità coinvolte ed aumentare un po' il numero dei partecipanti, cambiare un docente che si è rivelato inadatto, presenziare per raccogliere a caldo le opinioni ed i suggerimenti di docenti e partecipanti, proporre una prova di apprendimento che realmente valuti le performance finali, scoprire anche di aver sbagliato tutto ed, in coscienza, ripartire ... quindi di poter tornare ad una formazione non accreditata ECM.

Fai pure ciò che desideri di questo sfogo, anche trasformandola in una lettera aperta se lo ritieni opportuno. Attendo i tuoi preziosi consigli.

Ciao e grazie
Mario

DAL COMITATO DI ETICA

Nell'ultima riunione del Comitato di Etica per la Sperimentazione grazie agli interventi dei due rappresentanti la professione infermieristica (Giuseppe Bon e Luigino Schiavon) il Presidente dello stesso ha inviato la lettera che viene sotto riportata. Un buon successo che dovrà vedere ora i colleghi in ogni Azienda attenti a rendere effettivo questo indirizzo.

Servizio di Area Vasta- Provinciale
Comitato di Etica per la **Sperimentazione**

Prot. N. 12 Al Signor
Direttore Sanitario
Aziende ULSS n. 10, 12,13,14

Oggetto. Compensi della ricerca for profit.Quota per il fondo del reparto coinvolto e quota per il personale strutturato.

Il comitato etico per la sperimentazione; della Provincia di Venezia, nel corso della riunione del 517/07 dedicata alla approvazione del Regolamento, ha concluso di non ritenere di propria competenza la determinazione degli aspetti economici degli studi clinici for profit: fondo di reparto e quota destinata al personale per l'attività di ricerca svolta.

Di conseguenza e considerando come su questo tema *fosse stato costituito un gruppo* di riferimento di Direttori sanitari delle Aziende ULSS avvenuto in occasione della seduta di insediamento del Comitato Etico Provinciale *ha ritenuto che* la definizione per ciascuna Azienda ULSS degli aspetti della questione in oggetto venga affidata ai Direttori Sanitari in quanto garanti ex-officio delle relazioni tra Comitato Etico Provinciale ed Aziende Sanitarie Locali.

Considerando la disparità delle situazioni pregresse, i membri del Comitato hanno auspicato che la definizione di questi aspetti in un contesto di area vasta permetta una maggiore uniformità nella distribuzione dei compensi, che , pur dovendo essere frutto di una trattativa locale tra le parti , non dovrà risultare punitiva e demotivante per chi fa della ricerca nel SSN. *Infine il Comitato suggerisce che nella distribuzione del compenso per gli sperimentatori venga prevista una quota destinata al personale del comparto appartenente all'unità operativa nella quale si svolge la ricerca a titolo di compenso del carico di lavoro aggiuntivo.*

Ringraziando anticipatamente per la collaborazione si porgono cordiali saluti

Il Presidente
Dr. Rodolfo SCARPA

Venezia-Mestre, lunedì 9 luglio 2007

IL PRELIEVO VENOSO: LA RIDUZIONE DEGLI ERRORI PREANALITICI

di Marco Bertan

“Il prelievo venoso: la riduzione degli errori preanalitici”

Introduzione

La conoscenza degli errori e la loro riduzione è di fondamentale importanza per ridurre il rischio a carico del paziente. Un problema frequente, come confermato dalla letteratura, è rappresentato dagli errori nell'esecuzione del prelievo venoso. I fattori che possono determinare la raccolta di un campione di scarsa qualità sono numerosi e spesso non sono conosciuti dal personale infermieristico oppure non vengono tenuti in considerazione al momento dell'esecuzione del prelievo perché sottovalutati. Le conseguenze degli errori commessi dagli infermieri nella fase preanalitica possono portare a ritardi nelle risposte degli esami, prescrizione di terapie inadeguate, errori di diagnosi, aumento dei costi e danni al paziente.

Il problema degli errori XE "1.1 Introduzione"

I risultati dei tests di laboratorio contribuiscono considerevolmente al processo decisionale del clinico in quanto vengono usualmente utilizzati per fare diagnosi, per monitorare l'avanzamento della malattia, per monitorare la risposta al trattamento e per effettuare lo screening di una data patologia nella popolazione apparentemente sana.

Molti fattori, oltre la malattia, possono alterare la composizione dei liquidi biologici utilizzati per le determinazioni di laboratorio; questi fattori possono essere dovuti sia al trattamento dei campioni in laboratorio sia a cause che comprendono la preparazione del paziente, la corretta esecuzione del prelievo, le corrette modalità di conservazione e trasporto al laboratorio (cause preanalitiche). Alcuni studi compiuti negli ultimi anni evidenziano una netta prevalenza di errori nella fase preanalitica con una percentuale compresa tra il 68,2% e l'84,52 e, di questi, il 95,2% degli errori preanalitici ha origine nelle U.U.O.O.. Ciò è dovuto al maggior turnover e alle minori abilità specifiche degli infermieri delle varie U.U.O.O. rispetto al personale di laboratorio. Tutti questi dati sono ottenuti tenendo conto solo dei campioni francamente inadatti alla fase analitica, ma molti altri campioni affetti da errori meno identificabili all'ispezione del campione vengono analizzati come se fossero idonei, potendo così causare risultati inattendibili o non corrispondenti alla reale situazione biologica.

Il numero reale di errori riguardanti gli esami di laboratorio non è completamente conosciuto in quanto non ci sono studi “sul campo” che osservano e misurano gli errori commessi dagli infermieri nell'esecuzione del prelievo venoso.

Cause e conseguenze degli errori

"Le cause preanalitiche di errore nel prelievo venoso sono molteplici e possono essere suddivise in tre categorie:"

- errori durante la preparazione del paziente: non esclusione di sostanze che possono alterare i risultati degli esami, ad esempio i farmaci, il mancato digiuno o un digiuno per un tempo non sufficiente o troppo prolungato, mancata o incorretta identificazione del paziente;
 - errori durante l'esecuzione del prelievo: emolisi, campioni coagulati, tempo di posizionamento del laccio prolungato, non corretto riempimento del volume della provetta, non corretto ordine di riempimento delle provette, posizione del braccio e delle provette durante il prelievo, asciugatura incompleta del disinfettante, non corretta inversione delle provette, tecnica utilizzata per il prelievo;
- XE "errori di organizzazione: etichetta non corrispondente alla provetta (7,13,14), codice a barre identifi-

cativo non correttamente posizionato (piegato, rovesciato, macchiato)."

"La non aderenza ai protocolli e alla procedura per il prelievo venoso ha una forte influenza sui risultati degli esami di laboratorio, e può generare:"

XE "ritardi nella refertazione degli esami (sia del prelievo errato sia di una certa quantità di altri prelievi);" incertezze, errori o ritardi diagnostici, ulteriori esami di laboratorio, XE "ulteriori esami di laboratorio (8,13);" prescrizioni di terapie inadeguate XE "prescrizioni di terapie inadeguate (8);" , disagio e danno al paziente, aumento dei costi. XE "aumento dei costi (13)."

L'indagine

Lo scopo di questo studio è quello di accertare le conoscenze degli infermieri circa le manovre e/o situazioni che possono comportare errori nella fase preanalitica, rilevare e quantificare le difformità rispetto alla procedura consigliata dalla letteratura nell'esecuzione del prelievo venoso e raccogliere dati statistici sul numero di campioni non idonei all'analisi per poterli confrontare con i dati forniti dalla letteratura. Lo studio si è svolto nei reparti di Medicina e Chirurgia dell'Ospedale di Mirano (ASL 13) per quanto riguarda l'accertamento delle conoscenze e la rilevazione delle difformità nell'esecuzione del prelievo venoso e nel Laboratorio Analisi dell'Ospedale di Dolo (ASL 13) per la raccolta dati sui campioni inidonei. Sono stati scelti i reparti di Medicina e Chirurgia esclusivamente per poter rilevare una quantità di dati maggiore, in quanto il numero di prelievi eseguiti quotidianamente è superiore rispetto agli altri reparti.

Per l'accertamento delle conoscenze è stato somministrato un questionario composto da 10 domande a risposta multipla a tutti gli infermieri di entrambi i reparti, mentre per rilevare le difformità rispetto alla best practice sono stati osservati durante l'esecuzione del prelievo 5 infermieri per ogni reparto. Gli infermieri osservati erano gli infermieri a cui era assegnato il giro prelievi del mattino nelle 2 settimane di studio.

Il questionario evidenzia una scarsa conoscenza dei fattori che devono essere tenuti in considerazione nella preparazione del paziente per ridurre le alterazioni dei parametri ematici ed una notevole disomogeneità di comportamento, riscontrata anche durante il periodo d'osservazione nei reparti. Dall'analisi delle griglie d'osservazione risulta che in 42 prelievi osservati su 47 totali (89,4%) è stato commesso almeno un errore, per quanto riguarda la modalità d'esecuzione del prelievo, in grado di alterare significativamente i risultati degli esami.

Nel Laboratorio Analisi, su 20272 provette analizzate in 16 giorni di osservazione, 129 sono risultate inidonee all'analisi; in particolare 42 erano coagulate, 30 presentavano una marcata emolisi, 31 erano riempite in modo insufficiente e 26 presentavano errori legati all'identificazione del campione. La frequenza d'errore relativa all'intero periodo d'osservazione è pari a 0,64%, con oscillazioni giornaliere comprese tra lo 0,30% e l'1,80%.

XE "I dati emersi dall'indagine dimostrano una notevole disomogeneità nell'esecuzione del prelievo venoso da parte degli infermieri e una scarsa attenzione alle possibili fonti di errore." Inoltre la frequenza con la quale si presentano campioni inidonei all'analisi in laboratorio è superiore rispetto a quelle segnalate in altri studi indicati in letteratura eseguiti con modalità simile a questo.

Risulta inoltre evidente che il numero dei campioni inidonei all'analisi è molto minore rispetto ai campioni che presentano uno o più errori che possono influenzare le scelte per la salute del paziente.

Strategia risolutiva proposta

Per ridurre il numero di campioni inidonei all'analisi e per unificare i comportamenti del personale infermieristico si è scelto di realizzare e distribuire alle varie U.U.O.O. e ai centri prelievi un pannello informativo di semplice ed immediata consultazione, nel quale vengono spiegati i fattori che causano l'alterazione dei risultati di laboratorio, le possibili conseguenze dei vari errori e le azioni correttive. Come complemento e approfondimento delle informazioni presenti nel pannello informativo è stato realizzato un libretto informativo per il personale infermieristico in cui viene spiegata l'importanza della fase preanalitica nelle indagini di laboratorio, vengono descritti gli errori più comuni e le manovre corrette per evitarli, e in cui è contenuta la procedura per l'esecuzione del prelievo venoso definita in base alle evidenze e con le motivazioni scientifiche per le varie fasi.

È stato realizzato inoltre un opuscolo informativo per i pazienti esterni, cioè per i pazienti del territorio che accedono ai centri prelievi, nel quale sono contenute alcune informazioni generali sulle analisi del sangue e i comportamenti che i pazienti devono tenere al fine di migliorare la qualità delle loro analisi (il paziente

diventa una figura attiva nel miglioramento della qualità). L'obiettivo prefissato si considera raggiunto se, dopo 3 mesi dalla distribuzione del pannello e del libretto informativo agli infermieri, i campioni inidonei all'analisi e le difformità nell'esecuzione del prelievo venoso rispetto alla procedura standard sono ridotti del 30% rispetto alla situazione di partenza.

Conclusioni

Negli ultimi anni, gli esami di laboratorio hanno assunto un ruolo di notevole importanza per la loro influenza sulle decisioni cliniche. Al fine di garantire dei risultati di qualità è necessario che venga posta molta attenzione ad ogni fase dell'esame diagnostico, dalla preparazione del paziente all'interpretazione dei valori ottenuti dall'analisi.

La letteratura indica la fase preanalitica, della quale una buona parte è di responsabilità infermieristica, come la maggior fonte d'errore.

Dallo studio condotto nelle due U.U.O.O. e nel Laboratorio Analisi risulta evidente che il numero di campioni inidonei all'analisi (0,64%) è molto minore rispetto al numero di campioni che presentano uno o più errori (89,4%), tali da poter causare risultati inattendibili o non corrispondenti alla reale situazione biologica, potendo così influenzare la qualità delle cure e le scelte per la salute del paziente.

È perciò necessario un intervento deciso sull'educazione degli infermieri per ridurre gli errori nel prelievo venoso e, di conseguenza, i rischi a carico dei pazienti. Questo è ottenibile rendendo gli infermieri maggiormente consapevoli della problematica degli errori, responsabilizzandoli sulle possibili conseguenze, informandoli sulle tipologie di errore e sui comportamenti da tenere per evitarli e promuovendo un'uniformità dei comportamenti.

PREVENZIONE E GESTIONE INFERMIERISTICA DEL DELIRIUM NELL'ANZIANO OSPEDALIZZATO

di Maria Gravello

Breve sintesi del problema

Fra le molte complicanze che possono accompagnare l'ospedalizzazione dei soggetti anziani, il delirium merita un posto di rilievo. Si tratta di una sindrome che può insorgere all'ingresso in ospedale (delirium prevalente) oppure durante la degenza (delirium incidente).

Il delirium è uno stato confusionale acuto e transitorio da causa organica caratterizzato da disorientamento spazio-temporale, alterazione livello di coscienza, disturbi della memoria, attenzione, pensiero e comportamento.

Ciò significa che, in particolari condizioni ambientali e fisiopatologiche un soggetto può subire improvvisamente un distacco dalla realtà tale da catapultarlo in un mondo fantastico che assume paradossalmente contorni nitidi e stabili, al punto da essere vissuto come unica realtà.

E' una sindrome molto comune fra gli anziani ospedalizzati con una prevalenza dall'11% al 42% specialmente nei reparti di:

Reparti di medicina generale dal 14% al 56%.

Reparti di terapia intensiva dal 41% al 87%.

Reparti di chirurgia generale dal 5% al 10%.

Reparti di chirurgia ortopedica intorno al 65%.

Nonostante questi numeri siano elevati, il "problema delirium" rimane sottostimato. Le cause di questa sottostima sono da ricercare nella:

mancanza di conoscenza del problema (criteri e metodi di identificazione) da parte di infermieri e medici;

l'assenza di comunicazione tra il personale sanitario sull'insorgenza dei sintomi;

difficoltà diagnostica del delirium;

l'errata diagnosi come demenza o altre malattie psichiatriche;

l'assenza di protocolli valutativi;

tendenza a concentrare diagnosi e terapia solo sulla patologia che ha determinato l'ospedalizzazione;

abitudine a pensare che sia "normale" che l'anziano vada "fuori di testa" quando è in ospedale;

Tutto ciò determina serie ripercussioni sullo stato di salute dell'anziano. Studi clinici dimostrano che i pazienti con delirium hanno un più elevato tasso di mortalità a breve termine (25-30%), di morbidità (sviluppo cadute, incontinenza sfinteriale, riduzione dell'autosufficienza, piaghe da decubito) più probabilità di essere istituzionalizzati, di avere una disabilità fisica, di sviluppare una demenza come la malattia di Alzheimer.

Lo sviluppo del delirium da parte dell'anziano ospedalizzato si traduce anche in un allungamento dei tempi di degenza (+7.78 gg), un aumento delle spese sanitarie per istituzionalizzazione e assistenza domiciliare post-ricovero. E' dimostrato inoltre che l'assistenza di pazienti con delirium aumenta il carico di lavoro per gli infermieri, li rende più stressati e frustrati, e incide sulla qualità delle cure che risulta essere inferiore rispetto a quella prestata a pazienti lucidi.

Alla luce di questi dati, si e' voluto indagare quali siano, in letteratura, le modalità di assistenza infermieristica da attuare per tentare di prevenire e gestire il problema.

Materiali e metodi

La ricerca è stata effettuata nelle maggiori banche dati quali Medline, Cinahl, Cochrane Library e nelle

linee guida internazionali della National Guideline Cleringhouse, Registered Nurses Association of Ontario (RNAO) e American Psychiatric Association (APA). Le parole chiave utilizzate per la scelta di articoli di interesse sono state le seguenti: delirium; nursing care; elderly; hospitalized; prevention; intervention. Le pubblicazioni trovate sono state poi filtrate in base a dei criteri di inclusione rilevanti per il quesito clinico oggetto della ricerca.

Risultati della ricerca e discussione

La ricerca ha dimostrato che esiste, in letteratura, una grande quantità di materiale riguardante il problema delirium nell'anziano affrontato sotto l'aspetto non-farmacologico (che è quello più prettamente geriatrico). La linea guida dell'RNAO "Caregiving Strategies for Older Adults with Delirium, Dementia and Depression", per il giudizio positivo ottenuto da diversi gruppi di ricerca internazionali, è stata scelta come "scheletro" su cui presentare e discutere brevemente gli studi selezionati.

Sebbene l'analisi del materiale scelto contenga alcune limitazioni (ad esempio una mancanza di rigore metodologico per la varietà degli interventi e criteri di risultato utilizzata dagli autori, e una limitata quantità di lavori con grado di evidenza elevato), è dimostrato come l'unica strategia veramente efficace per combattere il delirium sia la prevenzione.

I punti fondamentali della prevenzione efficace sono essenzialmente 2:

- 1) conoscenza dei fattori di rischio ed applicazione dei relativi protocolli di intervento;
- 2) utilizzo scale di rilevazione delirium (NEECHAM Confusion Scale, Confusion Assessment Method)

Nei soggetti anziani l'eziologia del delirium è multifattoriale. In letteratura sono numerosi gli studi che hanno cercato di indagare i fattori di rischio del delirium; la tabella II raggruppa alcuni dei principali fattori di rischio nell'anziano ospedalizzato

Tabella II "Fattori di rischio delirium nell'anziano ospedalizzato"

Nel caso in cui l'anziano dovesse essere colto da delirium il problema diventa collaborativo: la presa in carico del paziente deve avvenire a livello di equipe multiprofessionale.

Per fare questo la letteratura propone: **a livello formativo**, programmi di formazione infermieristica gestiti da specialisti nella cura del delirium che prevedono l'attuazione di seminari dove si insegnino: a riconoscere i fattori di rischio e la differenza tra delirium, depressione e demenza;

| Fattori di rischio predisponenti (presenti al momento del ricovero) | Fattori di rischio precipitanti (correlati all'ospedalizzazione) |
|--|--|
| Età avanzata 1,3,5,9,13,32-34 Sesso maschile 2,37 Demenza soggiacente 1,3,9,13 Funzionalità compromessa 1,5,9,13,34 Patologia di fondo grave 1,9,13 Comorbilità 1,3,5,9,13,35 Deficit sensoriali (riduzione udito e vista)1,3,5,13 Politerapia (specie oppiacei, benzodiazepine, corticosteroidi) 1-3,5,6,9,13 Disidratazione 1,2,9,13 | Introduzione di nuovi farmaci , aggiustamenti posologici, sospensioni 1,2,5,6,9,10,24,35 Ipoalbuminemia, malnutrizione 1,2,9,32,33 Alterazioni elettrolitiche 1,2,5,9,10,32,34 Infezioni 1-3,5,6,32 Fratture di ossa (specie femore) 10,32,33 Procedure chirurgiche 2,5,10,34 Patologie endocraniche 2,3,5 Patologie endocrine 2,3,6 Ritenzione urinaria e fecalomi 1,2,6,10 Problemi cardiaci 2,6,28 Ricovero in reparti intensivi 2,27,24,35 Cateteri 1,2,5,9,13,24,32,33 mezzi di contenzione 1,2,5,27,32,33 dolore 1,2,5,9,10 stress, paura ⁶ , depressione 2 deprivazione di sonno 2,24,35 Deprivazione sensoriale 2,5,27 Lontananza dai famigliari 2,27,35 Cambiamenti di unità di degenza frequenti ² |

ad utilizzare correttamente le scale di rilevazione;
tecniche di comunicazione che possono aiutare l'infermiere nell'approccio al paziente confuso;
ad attuare protocolli di abbattimento di cause e fattori di rischio.

A livello organizzativo viene, invece, esortata la **riorganizzazione del lavoro infermieristico** promuovendo:

una modalità di cura individualizzata, in modo che l'anziano venga assistito nell'arco delle 24 ore sempre dagli stessi infermieri; creando un clima di familiarità e di relazione terapeutica che riduce il livello di stress del paziente, e la dipendenza.

L'utilizzo di scale di valutazione in maniera sistematica;

La presenza di figure infermieristiche specializzate nella gestione dell'anziano confuso;

A livello clinico, sono raccomandati interventi di carattere preventivo/gestionale finalizzati a:

Rendere familiare l'ambiente all'anziano:

Far portare oggetti da casa, vestiti propri;

ridurre le fonti di rumore al fine di mantenere un ambiente sereno;

usare calendari e orologi per permettere al paziente di orientarsi;

evitare cambiamenti di camera, specie di notte;

fornire informazioni circa le apparecchiature;

usare luci soft;

Ridurre la dipendenza dell'anziano:

Rimuovere i presidi superflui (catetere vescicale, CVP);

fornire occhiali e ausili per l'udito al fine di massimizzare la percezione sensoriale;

Promuovere la socializzazione con i compagni di stanza;

Proteggere l'anziano:

Monitorare e sorvegliare l'anziano (servirsi di parenti o "badanti" per la sorveglianza);

L'applicazione di tali interventi può ridurre l'eccessiva stimolazione che porta l'anziano fragile, già provato dalla malattia e dal cambiamento ambientale, alla psicosi mentale acuta.

SONO UN' INFERMIERA CON QUASI TRENT'ANNI DI LAVORO

Egredia redazione,

non so se riuscirò a vedere pubblicata la mia lettera, ma comunque ci provo, visto che la mia esperienza di questi giorni è stata terrificante.

Sono un'infermiera con quasi trent'anni di lavoro in ospedale alle spalle e di iscrizione al Collegio, ma non per questo mi ritengo vecchia o passata di moda.

La mia formazione è stata fatta con i tre anni di scuola per infermieri dove ci si facevano le ossa dal primo giorno di tirocinio fino alla fine del corso e non mi cambierei mai con i nuovi professionisti della salute, con i nuovi laureati.

Entro nel dettaglio della mia esperienza: lavoro in un piccolo ospedale, dove tutti mi conoscono da sempre.

Ho dovuto ricoverare mio fratello con diagnosi di leucemia acuta e nel giro di alcuni minuti la sua vita, la mia e quella di tutti i parenti è stata stravolta.

Ho passato quindici giorni al letto del paziente per confortarlo, rassicurarlo, prendermi cura di lui come è da mia indole. In questo periodo, da parte del personale infermieristico ho notato nei miei riguardi, solo una, non sempre educata, indifferenza.

Il paziente con il passare dei giorni diventava sempre più debole e sempre più critico: è caduto in bagno per ben due volte senza che nessuno si premurasse di chiedergli se aveva bisogno di essere lavato. E' rimasto senza mangiare per giorni senza che nessuno pensasse se c'era bisogno di una dieta speciale o di nutrizione parenterale, rimaneva chiuso dentro in stanza, nella fase di aplasia, e nessuno si dava la pena di chiedere se aveva bisogno di qualcosa.

L'aerosol in terapia, a volte gli veniva fatto altre no; prendeva ormai da giorni delle compresse per la diarrea (provocata dalla chemioterapia) ed un giorno invece di dargli gli antidiarroici gli hanno somministrato due compresse di lassativo. Naturalmente l'errore non è stato segnalato nel diario infermieristico e neppure in cartella.

E poi si parla di professionisti!

Quando faceva le sacche di sangue o piastine e veniva chiesto com'erano i valori della giornata, la risposta era: " ho appena preso servizio, non so", ma questo succedeva non solo dopo il cambio turno, anche a pomeriggio inoltrato. La risposta naturalmente era diversa: " non so, non ho guardato".

E questo è successo per tutto il tempo in cui mio fratello è stato ricoverato. C'è stata perfino un'infermiera che ad una mia domanda ha risposto " lo faccio solo quello che mi dice di fare il medico".

Allora mi chiedo: dove è andata a finire la presa in carico del paziente, l'etica professionale, l'umanità di cui tanto si scrive, ma che non ho trovato in questa mia esperienza?

Mi auguro che il futuro riservi a tutti esperienze di vita sempre positive, ma penso che solo provando una situazione così devastante ci si possa mettere nei panni degli altri.

Un caro saluto.

Lettera Firmata

CODICE DEONTOLOGICO

Modificato un articolo del Codice deontologico a seguito di novità normative.

Si rende noto che ai sensi dell'art. 2 della Legge 4 agosto 2006 n. 248 sulla Conversione in legge, con modificazioni del D.L. 4-7-2006 n. 223 recante Disposizioni urgenti per il rilancio economico e sociale, per il contenimento e la razionalizzazione della spesa pubblica, nonché interventi in materia di entrate e di contrasto all'evasione fiscale (cosiddetto Decreto Bersani) "in conformità al principio comunitario di libera concorrenza ed a quello di libertà di circolazione delle persone e dei servizi, nonché al fine di assicurare agli utenti un'effettiva facoltà di scelta nell'esercizio dei propri diritti e di comparazione delle prestazioni offerte sul mercato, dalla data di entrata in vigore del presente decreto sono abrogate le disposizioni legislative e regolamentari che prevedono con riferimento alle attività libero-professionali e intellettuali:

a) l'obbligatorietà di tariffe fisse o minime ovvero il divieto di pattuire compensi parametrati al raggiungimento degli obiettivi perseguiti'

Il Comma 3 dello stesso articolo prescrive che "Le disposizioni deontologiche e pattizie e i codici di auto-disciplina che contengono le prescrizioni di cui al comma i sono adeguate, anche con l'adozione di misure a garanzia della qualità delle prestazioni professionali, entro il 1 ° gennaio 2007. In caso di mancato adeguamento, a decorrere dalla medesima data le norme in contrasto con quanto previsto dal comma i sono in ogni caso nulle".

Premesso quanto sopra il Comitato Centrale della Federazione IPASVI, visto l'obbligo nascente dalla norma, ha deliberato l'adeguamento del Codice Deontologico dell'Infermiere.

Di conseguenza L'art. 5.4 del Codice Deontologico dell'infermiere risulta così riformulato:

“Nell'esercizio autonomo della professione l'infermiere si attiene alle norme di comportamento emanate dai Collegi Ipasvi.”

QUESITI

di Luigino Schiavon

Ai Direttori Generali
Ai Direttori Sanitari
Ai Dirigenti Servizi Professioni Sanitarie
delle Aziende U.L.S.S.
della Provincia di Venezia

Venezia-Mestre, 15 Gennaio 2007

Protocollo n. 59

Oggetto: Attività di produzione degli emocomponenti (“deplasmazione di sangue”).

In merito al quesito posto da parte del personale infermieristico, con nota del 4 gennaio 2007, circa la possibilità di essere coinvolto nell’attività di produzione di emoderivati (“deplasmare sangue”), questo Collegio ritiene necessario richiamare di seguito alcuni elementi determinanti.

Il profilo del tecnico sanitario di laboratorio biomedico, definito con il D.M. del 26 settembre 1994, n. 745 “Regolamento concernente l’individuazione della figura e del relativo profilo professionale del tecnico sanitario di laboratorio biomedico, stabilisce che:

*“il tecnico sanitario di laboratorio biomedico, ... svolge attività di laboratorio di analisi e di ricerca relative ad analisi biomediche e biotecnologiche ed in particolare di biochimica, di microbiologia e virologia, di farmacologia, di immunologia, di patologia clinica, **di ematologia**, di citologia e di istopatologia.*

...

b) è responsabile, ... , del corretto adempimento delle procedure analitiche e del proprio operato, nell’ambito delle proprie funzioni in applicazione dei protocolli di lavoro definiti dai dirigenti responsabili.

E’ chiaro, quindi, che il legislatore ha inteso definire come specifica area di competenza del tecnico sanitario di laboratorio biomedico l’ambito delle attività di laboratorio di analisi e di ricerca anche relative all’ambito dell’ematologia.

Invece, il D.M. 739/94 “Regolamento concernente l’individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell’infermiere” assegna allo stesso la competenza, in quanto responsabile dell’assistenza generale infermieristica, di assistere *“...i malati e i disabili di tutte le età”* ed inoltre: *“... garantire la corretta esecuzione delle prescrizioni diagnostico-terapeutiche”* prescritte dal medico esclusivamente per la persona assistita e non in altre situazioni.

Anche la L. 42/99, in una prospettiva sanitaria che salvaguardi la multidisciplinarietà e la multiprofessionalità, sottolinea, all’articolo 1, che gli interventi devono essere realizzati *“... nel rispetto reciproco delle specifiche competenze professionali”*. Altresì, il Codice Deontologico dell’Infermiere, emanato dalla Federazione dei Collegi IPASVI il 27/12/99, può ulteriormente aiutarci a chiarire la situazione tenendo conto di quanto indicato all’art. 3, comma 3, che recita: *“l’infermiere riconosce il limite delle proprie competenze e declina la responsabilità quando non ritenga di poter agire con sicurezza”* e nel successivo art. 6, comma 2: *“l’infermiere ha il dovere di opporsi alla compensazione quando vengano a mancare i carat-*

teri delle eccezionalità o venga pregiudicato il suo prioritario mandato professionale”.

Se poi si prende in esame il DPCM del 1 settembre 2000 “Atto di indirizzo e coordinamento in materia di requisiti strutturale, tecnologici ed organizzativi minimi per l’esercizio delle attività sanitarie relative alla medicina trasfusionale”, dove nell’Allegato A si definisce precisamente anche cosa si intende per “produzione di emoderivati”, e chi lo può fare, si ottiene ulteriore chiarezza. Il documento recita:

*“a. attività di produzione: sono volte a garantire la costante disponibilità di sangue, emocomponenti ed emoderivati. Esse comprendono la selezione ed i controlli periodici del donatore, la raccolta, **la lavorazione e validazione degli emocomponenti**, la conservazione ed il trasporto, **la produzione di plasma da destinare alla lavorazione degli emoderivati**.”*

Se tale passaggio lo si correla con l’ulteriore Tabella A (Esempi di definizione delle competenze del personale) inserita nel su menzionato Allegato A, si chiarisce ancor meglio le specifiche competenze delle varie figure professionali che operano nella Medicina Trasfusionale, in quanto viene dichiarato che il:

Personale Tecnico di Laboratorio

Ha la responsabilità della qualifica e relative competenze professionali con particolare riferimento alle seguenti attività:

*supporto alle attività di raccolta, validazione e qualificazione biologica del sangue raccolto, **produzione di emocomponenti**, assegnazione e distribuzione, laboratorio di immunoematologia, altre attività di laboratorio se previste.*

mentre il

Personale Infermieristico (Caposala, Infermiere, Assistente sanitario)

Ha la responsabilità della qualifica e relative competenze professionali. Svolge le funzioni infermieristiche inerenti la raccolta di sangue ed emocomponenti, l’afèresi terapeutica, le vaccinazioni necessarie ai donatori e politrasfusi (es. atro-epatite B), l’attività assistenziale in day-hospital, se previsto. Nell’ambito del day hospital si rende inoltre garante dell’igiene ambientale, dell’attivazione e gestione delle procedure di ammissione e dimissione degli utenti, della verifica periodica della qualità dell’assistenza e del grado di soddisfazione dei bisogni dell’utenza.

Altro riferimento legislativo è anche il DPR del 24 agosto 1971, n. 1256, consente di stabilire una chiara differenza, all’interno dei centri di produzione degli emoderivati, tra le specificità appartenenti al tecnico e quelle dell’infermiere, che non possono essere assimilate. Conseguenza di questa distinzione è che le mansioni del Tecnico prevedono l’attività di “deplasmare il sangue” egli non può essere sostituito, in questo, dall’infermiere che non può essere a ciò adibito.

Si deve concludere, pertanto, che la normativa più recente, per quanto attiene il problema posto, non ha introdotto o precedentemente previsto sostanziali modifiche che giustifichino che tale attività venga eseguita dall’infermiere. La produzione degli emocomponenti è palesemente esclusiva competenza del Tecnico Sanitario di Laboratorio Biomedico in quanto nei richiami legislativi che lo riguardano a lui è imputata l’attività menzionata.

Alla luce di quanto sopra espresso questo Collegio ritiene non appropriato e non sostenuto dalla normativa vigente l’attribuzione all’infermiere dell’attività di produzione degli emocomponenti (“deplasmazione di sangue”). Sarà cura dello scrivente Collegio verificare che non vi siano violazioni delle norme impegnandosi a vigilare e ove fosse necessario a segnalare eventuali abusi.

Cordiali saluti.

Il Presidente

Luigino Schiavon

P.S. si ringrazia per la consulenza la collega Elsa Labelli

QUESITI

di Luigino Schiavon

Ai Direttori Generali
Ai Direttori Sanitari
Ai Dirigenti Servizi Professioni Sanitarie delle
Aziende U.L.S.S.
della Provincia di Venezia
e p. c. Al Collegio delle Ostetriche
della Provincia di Venezia
e p. c. Al Dott. Benciolini
Medicina Legale - Università di Padova
e p. c. Al Dott. Alessi
Risorse Umane – Regione Veneto
Venezia-Mestre, 21 Dicembre 2006
Protocollo: 2523
Oggetto: Prelievi endovaginali.

In merito al quesito posto circa la possibilità di esecuzione di prelievi endovaginali da parte del personale infermieristico, vista la nota del Collegio delle Ostetriche della provincia di Venezia, prot. n 198/10 del 24/11/06, letta la lettera del Dirigente responsabile del servizio delle Professioni sanitarie, prot. n. 72092 del 12/12/06, questo Collegio ritiene necessario richiamare di seguito alcuni elementi determinanti.

Il profilo dell'ostetrica, definito con il D.M. 740/94 "Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'ostetrica/o" stabilisce che:

"l'ostetrica ... partecipa:

a) ad interventi di educazione sanitaria e sessuale nell'ambito della famiglia che nella comunità;

...

c) alla preparazione e all'assistenza ad interventi ginecologici;

d) alla prevenzione e all'accertamento dei tumori della sfera genitale femminile".

E' chiaro, quindi, che il legislatore ha inteso definire come specifica area di competenza dell'ostetrica l'ambito della sfera genitale femminile.

Invece, il D.M. 739/94 "Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'infermiere" assegna allo stesso la competenza, in quanto responsabile dell'assistenza generale infermieristica, di assistere "...i malati e i disabili di tutte le età" ed inoltre: "... garantire la corretta esecuzione delle prescrizioni diagnostico-terapeutiche".

Anche la L. 42/99, in una prospettiva sanitaria che salvaguardi la multidisciplinarietà e la multiprofessionalità, sottolinea, all'articolo 1, che gli interventi devono essere realizzati "... nel rispetto reciproco delle

specifiche competenze professionali". Altresì, il Codice Deontologico dell'Infermiere, emanato dalla Federazione dei Collegi IPASVI il 27/12/99, può ulteriormente aiutarci a chiarire la situazione tenendo conto di quanto indicato all'art. 3, comma 3, che recita: *"l'infermiere riconosce il limite delle proprie competenze e declina la responsabilità quando non ritenga di poter agire con sicurezza"* e nel successivo art. 6, comma 2: *"l'infermiere ha il dovere di opporsi alla compensazione quando vengano a mancare i caratteri delle eccezionalità o venga pregiudicato il suo prioritario mandato professionale"*.

Va rammentato, che la peculiarità del profilo dell'ostetrica è stata più volte stigmatizzata con pronunciamenti del Consiglio di Stato. La sentenza n. 1729 del 22/03/2001 sez. V°: *"l'attività di infermiera professionale non può essere normalmente e continuativamente svolta dalle ostetriche"* e ancora con sentenza n. 29 del 18/01/89 sez. V°: *"le differenze tra le mansioni delle ostetriche e degli infermieri sono obiettivamente rilevanti; sono, pertanto, illegittimi gli ordini di servizio che impongono alle ostetriche di svolgere in via ordinaria e permanente le attribuzioni proprie dell'infermiere"*. L'ostetrica è abilitata (in virtù della sua specifica formazione e quindi delle competenze acquisite) all'esecuzione del prelievo citologico vaginale per lo screening del cervico-carcinoma, all'esame obiettivo mediante osservazione diretta ed indiretta (con speculum) dei genitali esterni ed interni ed esecuzione dei tamponi mirati endo-esocervicali finalizzati all'esame colturale (microbiologico e virale) per le patologie sessualmente trasmesse o trasmissibili. Le citate sentenze definiscono quindi un ambito proprio e specifico delle ostetriche che non può, per analogia, essere attribuito alle infermiere.

Alla luce di quanto sopra espresso questo Collegio ritiene non appropriato e non sostenuto dalla normativa vigente l'attribuzione alle infermiere dell'attività di prelievo endovaginale a scopo diagnostico-preventivo (con o senza speculum).

Sarà cura dello scrivente Collegio verificare che non vi siano violazioni delle norme ed invita il Collegio delle Ostetriche della provincia di Venezia a segnalare eventuali abusi.

Cordiali saluti.

Il Presidente
Luigino Schiavon

LE POLITICHE DELLA PROFESSIONE INFERMIERISTICA

DOCUMENTO

LE POLITICHE DELLA PROFESSIONE INFERMIERISTICA

Prima Conferenza Nazionale

Roma Marzo 2007

DOCUMENTO PROGRAMMATICO

Essere infermieri oggi nella manifestazione delle diverse funzioni e competenze professionali significa:

- a. sostenere un sistema salute universale, solidaristico unitario e a governo pubblico;
- b. affermare:
 - la scelta del prendersi cura e di formare e organizzare affinché questo percorso possa avvenire in maniera corretta e completa,
 - la consapevolezza di svolgere un ruolo rilevante ed anche insostituibile a fianco di altre professionalità, delle persone e delle comunità che hanno bisogno di cura e assistenza,
 - la volontà di essere sempre all'altezza dei propri compiti, sia sul piano umano che su quello tecnico-scientifico,
 - la serietà e la responsabilità,
- c. raccogliere e rilanciare la sfida di un riposizionamento degli infermieri nel sistema salute, a pieno titolo e con pieno riconoscimento ai diversi livelli dell'articolazione organizzativa;
- d. chiedere un reale e fattivo impegno alle forze politiche, sindacali e professionali affinché venga tradotto in termini concreti e reali il fatto che oggi l'infermiere:
 - è un professionista,
 - è un laureato,
 - ha una funzione fondamentale all'interno delle diverse articolazioni del Ssn e delle strutture private,
 - opera come libero professionista,
 - ha ottenuto riconoscimenti accademici (associati, ricercatori, professori a contratto, direttori e coordinatori dei corsi di laurea),
 - dirige e coordina unità operative, dipartimenti e strutture complesse,
 - è infermiere generalista e specialista,
 - opera con piena autonomia assistenziale,
 - è responsabile delle figure che lo coadiuvano nei processi di assistenza,

– è impegnato in nuove sperimentazioni assistenziali sia in ambito ospedaliero che territoriale.

Sulla base di queste considerazioni, a FNC IPASVI si impegna in prima persona e chiede alle Autorità competenti:

- a. che l'infermiere non sia costantemente costretto in modelli organizzativi che premiano la ripetitività delle attività, il lavoro per compiti, la limitazione nelle proprie possibilità decisionali e nella definizione dei percorsi di assistenza;
- b. che il ruolo di coordinamento e di dirigenza non venga più utilizzato nella logica del trovare soluzioni a contenimenti e razionamenti, ma nell'impegno a individuare soluzioni innovative che possano mantenere buoni livelli assistenziali, pur nella limitatezza delle risorse fornite;
- c. che si trovi la disponibilità aziendale ad un recepimento fruttuoso delle ridefinite responsabilità dell'infermiere ed una reale volontà di mettere in gioco le sue nuove competenze specialistiche o gestionali acquisite con ulteriori percorsi universitari;
- d. che si aumenti il numero degli studenti infermieri, si ridefiniscano i percorsi formativi, si dia una risposta formativamente efficace alle richieste di sperimentare nuove modalità di insegnamento e si definisca in modo appropriato e coerente il ruolo degli infermieri in possesso di laurea magistrale.

Pertanto la Federazione Ipasvi, gli infermieri, i dirigenti, i formatori e le associazioni professionali infermieristiche, riuniti nella Prima Conferenza nazionale delle politiche della professione infermieristica, ribadiscono il proprio impegno:

- per rafforzare, sostenere e valorizzare le competenze clinico-assistenziali, formative e gestionali degli infermieri nei processi di assistenza sanitaria;
- per strutturare la funzione dirigenziale, di docenza e di coordinamento al fine di valorizzare la funzione infermieristica e gli infermieri dirigenti, coordinatori e specialisti;
- per ottenere un concreto sostegno affinché si trovi la disponibilità aziendale anche nell'ambito della libera professione;
- per costruire le basi, delineare i percorsi e definire le strategie e le modalità per incidere nell'organizzazione sanitaria, governare direttamente i processi di assistenza infermieristica, sviluppare e qualificare i servizi territoriali e per garantire la qualità e la continuità assistenziale sanitaria e socio-sanitaria.

Per realizzare tale percorso, si attiveranno incontri nazionali, regionali e provinciali insieme ai cittadini. Lo sviluppo di questo progetto costituisce una risposta efficace e possibile ai bisogni di salute del nostro Paese.

LE POLITICHE DELLA PROFESSIONE INFERMIERISTICA

di Elsa Labelli – Patrizia Biscaro

CRONACA

Cronaca della Prima Conferenza Nazionale

LE POLITICHE DELLA PROFESSIONE INFERMIERISTICA.

(tutte le relazioni e i documenti presentati durante la Conferenza si trovano nel sito della Federazione Collegi IPASVI: www.ipasvi.it)

Giorno 14 marzo 2007 – dalle ore 15.00 alle 18.00 – Dove vogliamo andare

Elsa Labelli – Patrizia Biscaro

Il Progetto e gli obiettivi.

dr.ssa **Annalisa Silvestro** (Presidente Federazione Nazionale Collegi IPASVI)

La Presidente ha evidenziato che la complessità dell'assistenza sanitaria è sempre più presente in tutti gli ambiti sanitari, ciò comporta la richiesta e lo svolgimento di un servizio con una più accentuata professionalizzazione da parte di chi opera e gestisce questa complessità. A tal fine diventa indispensabile coniugare in modo significativo, secondo una progettualità chiara ed univoca, la formazione, la clinica e l'organizzazione, per erogare un servizio orientato al raggiungimento di un aumentato stato di salute e benessere della popolazione. Va realizzato un riposizionamento significativo della professione infermieristica nell'ambito del Sistema Salute, realtà che si sta sempre più trasformando, così come emerge dai dati epidemiologici.

La 1ª Conferenza Nazionale per le Politiche della Professione Infermieristica è stata voluta e realizzata dalla Federazione dei Collegi IPASVI proprio per concordare su un percorso comune per concorrere sull'implementazione del programma di cambiamento/miglioramento grazie al contributo di tutti al di là di quale sia il ruolo, la funzione e la

realtà in cui si trovano ad operare come infermieri. Se questo non verrà perseguito si rischia l'entropia del sistema con grave compromissione del servizio da rendere ai cittadini.



L'impatto socio-sanitario, economico e per la formazione.

dr. **Ivan Cavicchi** (Consigliere del Ministro della Salute)

nella prima affermazione c'è il retaggio storico in cui gli infermieri non si riconoscono più, nella seconda affermazione c'è quella condizione, quello stato professionale che ad oggi non è ancora stato precisamente delineato e che la Presidente ha richiamato come necessità di riposizionamento della professione infermieristica al fine di consentirgli di rafforzare e dimostrare le competenze formative, cliniche, organizzative e gestionali sviluppate e realizzabili concretamente durante l'esercizio dell'attività professionale. Ha, inoltre, ricordato che fino al 1994 si lavorava in un regime di **compatibilità** economica, nonostante l'emanazione di importanti normative di riforma si doveva fare tutto a costo zero, senza implementazione di finanziamenti, ora bisogna modificare questa impostazione e ci si deve impegnare utilizzando nuove strategie, pensare ad una politica in regime di **sostenibilità** e **compossibilità**, con una politica che produce la salute come capitale naturale con l'allargamento delle premesse di valore professionale per aumentare il grado di benessere collettivo. Ha concluso la relazione dichiarando che non è sufficiente modificare i contenuti (normative), ma devono essere modificati anche i contenitori dove si persegue lo sviluppo del Sistema Salute, bisogna agire in contemporanea in entrambi i fronti, rivedere e trasformare con onestà e coerenza, tenendo conto dei bisogni dei cittadini, le strutture ed organizzazioni attuali diventate obsolete (università, ospedali, cure primarie,). Per strutture non è inteso solo le strutture logistiche, ma anche la cultura dei professionisti che al loro interno vi operano.



dr.ssa **Gabriella Sandri** (Presidente del Corso di Laurea in Infermieristica dell'Università degli Studi di Trieste)

è necessario rispetto al prodotto formato in questi ultimi dieci anni rivedere il piano di studi, adeguandolo ad un rivisitato core curriculum e core competence che corrisponda alla preparazione di un professionista capace di rispondere ai reali bisogni del cittadino?



quali livelli di formazione bisogna continuare ad offrire (laurea 1° livello, master, laurea 2° livello magistrale, ...) che preparano dei professionisti da inserire in quali contesti? Per quale utilizzo concreto nella nostra società?

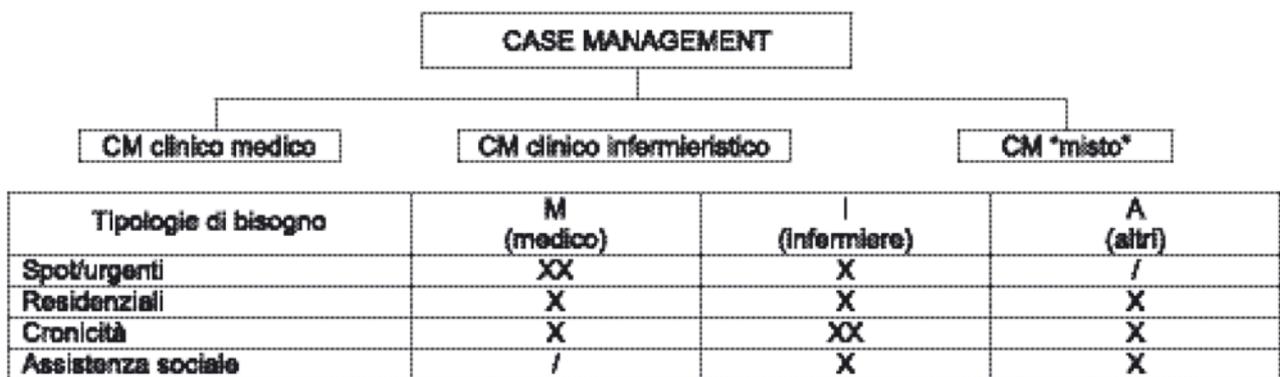
Tutto quanto esposto, ha ribadito, è strettamente collegato ai **punti organico** che ogni università ha a disposizione, come prospettiva e possibilità di assunzione di nuovi professori, se questo non viene modificato non ci sarà la possibilità di intervenire sugli esigui numeri di docenti universitari infermieri presenti in Italia, non sarà possibile implementarli e far sì che la nuova generazione venga preparata in modo migliore prevalentemente

dagli infermieri e non da professionalità diverse da quest'ultima.

dr. **Federico Spandonaro** (Ricercatore c/o la facoltà di Economia dell'Università di Roma "Tor Vergata")

l'assistenza.

Il ripensamento dell'assetto del Sistema Salute in una logica di sostenibilità deve essere fatto centrato sul concetto di qualità del servizio reso al cittadino.



Giorno 15 marzo 2007 – dalle ore 9.00 alle 17.30 – Dove siamo

Le slides di questi interventi si trovano sul sito della Federazione Nazionale Collegi IPASVI

I luoghi, le relazioni, le criticità.

Nell'area dell'accademia e della formazione permanente
 prof.ssa Loredana Sasso (Comitato centrale Federazione IPASVI)
 dr. Gennaro Rocco (Vicepresidente Federazione IPASVI)

Nell'area dell'organizzazione e del management
 dr.ssa **Barbara Mangiacavalli** (Segretaria nazionale Federazione IPASVI)
 dr. **Marcello Bozzi** (Comitato centrale Federazione IPASVI)

Nell'area della clinica e dell'assistenza
 dr **Daniilo Massai** (Comitato centrale Federazione IPASVI)
 dr. **Franco Valicella** (Tesoriere Federazione IPASVI)

Il percorso e le tappe, le relazioni, le alleanze, le istituzioni e i ruoli.

Moderatore tavola rotonda: dr. **Paolo De Bufalo** (Giornalista “Il sole 24 ore sanità”)

Il Comitato Centrale si confronta con:

Livia Turco (Ministro della Salute)

Durante il suo intervento il Ministro della Salute, Livia Turco, ha affermato che “l’infermiere rappresenta un alleato indiscutibile nella costruzione di una nuova fase del Sistema Sanitario. Decisive sono le responsabilità e le competenze dell’infermiere nella cura del malato. Bisogna fare in modo che il Sistema Sanitario si basi su due pilastri: l’ospedale e la medicina del territorio, dove l’infermiere ha un ruolo fondamentale”.

Ha sottolineato, inoltre, che si deve costruire un nuovo sistema sanitario pubblico: universalistico e solidaristico all’insegna della qualità e sicurezza delle cure stimolando una nuova fase progettuale del Sistema Salute.

Marinella D’Innocenzo (delegata del Presidente di Federsanità Anci)

Il suo intervento si è incentrato sul riflettere in merito all’attuale progetto politico e programmatico del Sistema Sanitario Nazionale verso le professioni sanitarie. Nel “New Deal” sono stati esposti tutta una serie di obiettivi per i quali gli infermieri devono riflettere su cosa possono dire e quale contributo possono apportare:

evoluzione ed innovazione dei modelli organizzativi;
riprogettazione della tutela alla salute:

spostamento dell’attenzione esclusiva dalle cure acute alle cure croniche, secondo le logiche della complessità

investimento sulle cure primarie
organizzazione dell’assistenza personalizzata
ospedali più elastici, più rispondenti ai bisogni dei cittadini.

La collocazione dell’infermiere deve essere funzionale al programma e alle scelte di sistema e di funzione. In alcune strutture la scelta di sdoppiare la filiera clinica medica da quella clinica assistenziale sta dando frutti positivi.

Flori Degrassi (Direttore Generale ASL Roma B e rappresentante della Fiaso)

Argomentando la sua posizione di Direttore Generale quale responsabile della funzione programmatica dell’azienda, ha sottolineato che tale funzione deve essere seguita dalla funzione organizzativa gestionale che deve essere concretamente attuata dagli operatori inseriti nelle singole realtà operative per rispondere ai bisogni sanitari dei cittadini. Ha, inoltre, affermato che in alcuni casi la concretizzazione della funzione gestionale avviene attraverso scelte orientate a dei modelli organizzativi, dei percorsi assistenziali e dei livelli di competenza dei professionisti che non sempre sono corrispondenti a quanto richiesto dal Sistema Salute. A seguito di dette premesse ha stimolato la discussione ponendo due quesiti alla platea, come spunto di dibattito per porre le basi verso un miglioramento del sistema:

come si può evitare la subalternità tra medico ed infermiere?
come si può sviluppare la cultura e la competenza infermieristica per essere alla pari tra professionisti afferenti ad una stessa struttura sanitaria?

Ha proseguito sottolineando che rispondendo a questi quesiti dovrebbero essere identificati gli ambiti nei quali intervenire per migliorare la formazione, l’organizzazione e la clinica, ottenendo così uno status

sociale di maggior riconoscimento professionale.

F. Moccia (delegata del Segretario Generale di Cittadinanzattiva)

L'intervento realizzato da Moccia ha permesso di prendere in esame le valutazioni che Cittadinanzattiva ha condotto in questi ultimi anni, e che hanno portato ad analizzare fondamentalmente tre ambiti: quale figura rappresenta l'infermiere per il cittadino:

l'infermiere per il cittadino è emerso che è una figura centrale, sia per i malati che per le famiglie, soprattutto nelle condizioni di cronicità

spesso l'infermiere mette in atto la relazione terapeutica che viene vista dal cittadino come una abilità attuata in sostituzione dello psicologo

quali sono i malesseri del cittadino nei riguardi del Sistema Sanitario Nazionale

esiste una eccessiva frammentazione del SSN, notevoli diversità di servizi erogati nelle diverse realtà geografiche italiane

spesso il confine territoriale dei distretti socio-sanitari di base sono dei veri e propri confini che interrompono la continuità assistenziale

difficoltà di accesso ai servizi sanitari

qualità insoddisfacente delle relazioni interpersonali (comportamenti intolleranti, atteggiamenti omissivi, scarsa comunicazione tra i professionisti, ...) con impatto negativo sull'assistenza erogata:

sofferenza inutile

lesioni da decubito, cadute, ...

errori terapeutici

....

quali alleanze importanti sono state stabilite tra i cittadini e gli infermieri per migliorare la situazione
protocollo firmato sul dolore cronico (che stimola la formazione del personale per gestire con competenza questa abilità)

il Parlamento Europeo ha emanato la Carta per i diritti della salute europea

Concentrandosi e tenendo conto dei vari aspetti si ha chiarezza di quali siano i punti su cui intervenire e migliorare.

E' stato invitato anche il Ministro dell'Università, ma non si è presentato nessuno in sua rappresentanza.

CONCLUSIONI

Sulla base delle considerazioni emerse nei giorni della Conferenza, la Federazione Nazionale dei Collegi IPASVI ha prodotto un documento programmatico che intende essere una richiesta rivolta alle autorità competenti, che di seguito si riporta:

che l'infermiere non sia costantemente costretto in modelli organizzativi che premiano la ripetitività delle attività, il lavoro per compiti, la limitazione nelle proprie possibilità decisionali e nella definizione dei percorsi di assistenza;

che il ruolo di coordinamento e di dirigenza non venga più utilizzato nella logica del trovare soluzioni a contenimenti e razionamenti, ma nell'impegno a individuare soluzioni innovative che possano mantenere buoni livelli assistenziali, pur nella limitatezza delle risorse fornite;

che si trovi la disponibilità aziendale ad un recepimento fruttuoso delle ridefinite responsabilità dell'Infermiere ed una reale volontà di mettere in gioco le sue nuove competenze specialistiche o gestionali acquisite con ulteriori percorsi universitari;

che si aumenti il numero degli studenti infermieri, si ridefiniscano i percorsi formativi, si dia una risposta formativamente efficace alle richieste di sperimentare nuove modalità di insegnamento e si definisca in modo appropriato e coerente il ruolo degli infermieri in possesso di laurea magistrale.

Pertanto la Federazione IPASVI, gli infermieri, i dirigenti, i formatori e le associazioni professionali infermieristiche, riuniti nella Prima Conferenza Nazionale delle politiche della professione infermieristica,

ribadiscono il proprio impegno:

per rafforzare, sostenere e valorizzare le competenze clinico-assistenziali, formative e gestionali degli infermieri nei processi di assistenza sanitaria;
per strutturare la funzione dirigenziale, di docenza e di coordinamento al fine di valorizzare la funzione e gli infermieri dirigenti, coordinatori, specialisti;
per ottenere un concreto sostegno affinché si trovi la disponibilità aziendale anche nell'ambito della libera professione;
per costruire le basi, delineare i percorsi e definire le strategie e le modalità per incidere nell'organizzazione sanitaria, governare direttamente i processi di assistenza infermieristica, sviluppare e qualificare i servizi territoriali e per garantire la qualità e la continuità assistenziale sanitaria e socio-sanitaria.
Per realizzare tale percorso, si attiveranno incontri nazionali, regionali e provinciali insieme ai cittadini. Lo sviluppo di questo progetto costituisce una risposta efficace e possibile ai bisogni di salute del nostro Paese.

Partendo dalle considerazioni fatte dalla Presidente Annalisa Silvestro, il dr. Cavicchi ha dichiarato di aver rinforzato la convinzione che in questo periodo storico di transizione gli infermieri devono lavorare su più fronti, immaginare su quanti più possibili futuri proiettarsi, perché il futuro concreto che si andrà a delineare dipenderà da ciò che riusciranno a fare ed a produrre fin da adesso. Ha proseguito il suo ragionamento evidenziando che oggi l'infermiere si trova in un bivio che può essere come di seguito rappresentato:

ciò che non è più infermiere
↓
ciò che non è ancora infermiere

Riprendendo il concetto dei contenitori e dei contenuti del dr. Cavicchi, il Prof. Spandonaro ha evidenziato che vanno recuperati i concetti della Legge n. 833/1978 che stanno alla base del funzionamento del S.S.N.: universalità, livelli essenziali, spazi e organizzazione del sistema, per ricondurli e collegarli a ciò che deve essere la centralità del servizio sanitario, cioè il **cittadino**. Solo partendo da questo punto si può e deve ridefinire i servizi che vengono offerti al cittadino stesso, rivedendo tutto l'impianto oggi non più funzionale al Sistema Salute.

L'ambito da rivisitare diventa quindi:

la formazione;
l'organizzazione;

Durante il suo intervento la Prof.ssa Sandri si è collegata con quanto dichiarato dai relatori precedenti, e proseguendo il ragionamento iniziato ha proseguito affermando che non vede molte possibilità di cambiamento/miglioramento nel futuro per la formazione universitaria infermieristica, perché il sistema sta mettendo a disposizione finanziamenti sempre più esigui e senza questi non è possibile modificare l'attuale condizione.

Attualmente in tutta Italia ci sono 18 Professori Associati di Infermieristica e 6 Ricercatori Infermieri, in un totale di 43 Università con Facoltà di Medicina e Chirurgia.

Vengono da sé tutta una serie di domande:

chi insegna e deve insegnare agli infermieri in università???

IL RUOLO DEL PERSONALE PARAMEDICO NEI CENTRI DI DIALISI

Spett.le

.....

Venezia-Mestre, 17 luglio 2007

Protocollo n. 1302

Oggetto: Opuscolo informativo "Il ruolo del personale paramedico nei centri di dialisi".

Ho avuto modo di avere in visione l'opuscolo di cui all'oggetto.

E' appena il caso di far rilevare che la definizione "paramedico" è offensiva per il gruppo professionale infermieristico; è inoltre una definizione che non trova alcun riferimento normativo.

Stupisce che un'importante Azienda non conosca le corrette definizioni per vari professionisti.

E' evidente quanto sia determinante il ruolo del professionista infermiere nei processi di assistenza alle persone sottoposte a Dialisi e più in generale ai cittadini con bisogni di salute e quanto la professione investa per emanciparsi dai luoghi comuni, dalla "subalternità".

La Legge n. 42 del 26.02.1999 all'Art. 1 recita: comma 1 - la denominazione "Professione Sanitaria Ausiliaria" nel testo unico delle leggi sanitarie, approvato con Regio Decreto 27 luglio 1934 n. 1265, e successive modificazioni, nonché ogni altra disposizione di legge, è sostituita dalla denominazione "Professione Sanitaria".

Pur approvandone lo scopo si ritiene opportuno ribadire la ferma contrarietà all'uso di termini non consoni e lesivi della dignità professionale.

Distinti saluti.

Il Presidente
Luigino Schiavon

Spett.le Ditta

.....

Spett.le
Presidente Collegio IPASVI
Venezia

Oggetto: Opuscolo informativo "Il ruolo del personale paramedico nei centri di dialisi"

Per opportuna segnalazione, si comunica che il termine adottato nel titolo e nel contenuto dell'opuscolo da Voi divulgato, non trova corrispondenza nel corrente uso per la denominazione del personale sanitario in genere, tanto meno per le figure professionali; la Legge n. 42 del 26.02.1999 art. 1 recita: - la denominazione "Professione Sanitaria Ausiliaria" nel Testo Unico delle leggi sanitarie; approvato con Regio Decreto 27 luglio 1934 n. 1265, e successive modificazioni, nonché in ogni altra disposizione di legge, è sostituita dalle denominazione "Professioni Sanitarie".

Questo sta ad indicare l'inoppugnabile riconoscimento delle Professioni Sanitarie, al quale fa seguito una puntuale descrizione delle varie specificità: Operatore Professionale Sanitario - Infermiere O.P.S. - Ostetrica; O.P.S. Tecnico di Laboratorio o di Radiologia; O.P.S. - Tecnico di Rieducazione e Riabilitazione Funzionale. In alternativa alla terminologia sopraccitata, penso di interpretare il pensiero di tutti i colleghi se invito ad usare quanto meno il termine di uso comune, e cioè "Infermiere" (o Ostetrica o Tecnico o Fisioterapista), anche se sono sempre più numerose le realtà dove il personale è in possesso di una Laurea di 1° livello (spesso anche specialistica!).

Invito peraltro a non usare in modo improprio il termine se si vuole indicare il personale operante nei servizi Sociali-Sanitari. Non in possesso del titolo di: Infermiere Professionale o Diploma Universitario o Laurea in Scienze Infermieristiche, ma con funzioni di "supporto alle Professioni Sanitarie"; anche per loro è opportuno identificare ed utilizzare la corretta terminologia.

Trovo che la divulgazione di qualsiasi materiale debba sottostare alla necessaria cura dei dettagli e all'utilizzo delle corrette e più aggiornate terminologie, almeno quelle previste dalla normativa vigente, quale contributo al riconoscimento e alla conferma della dignità professionale.

Distinti saluti

Il Coordinatore Infermieristico
CPSE AFD Dr.ssa Tilde Gattola

Gentile responsabile dell'ufficio Marketing, sono un INFERMIERE. Mi rivolgo a lei in quanto credo sia responsabile di quella che non credo si possa più definire nel 2007 una svista: dopo aver preso visione del "Il ruolo del personale paramedico nei centri dialisi. Programma educativo per un ottimale controllo del fosforo" edito dalla vostra Azienda vorrei segnalare che con la L.42/99 e seguenti il Collaboratore Sanitario Infermiere è un professionista sanitario a tutti gli effetti; non più ausiliario ma con un ambito proprio di autonomia professionale, decisionale e di conseguenza non subordinato alle decisioni di altre figure professionali quali potevano essere il medico...Volevo precisare che l'obsoleta e denigrante definizione "paramedico" si sussegue per ben 6 volte nelle pagine del vostro opuscolo. Facendo riferimento ai contenuti segnalò inoltre, dal mio punto di vista, la scorrettezza che si evince dalla grafica: a pagina 14 si associa a dialisi non adeguata la figura di un paziente in dialisi peritoneale mentre a pg 17 viene associato il paziente in dialisi extracorporea a dialisi adeguata. Mi dispiace inoltre non aver trovato i nominativi degli autori per avere un confronto diretto.

Augurandomi di aver contribuito a chiarire (in modo estremamente sintetico) l'evoluzione della figura del PROFESSIONISTA INFERMIERE, auspico al più presto in una revisione dei vostri opuscoli sempre, e comunque graditi.

Distinti saluti

Infermiere Rossi Paolo
Servizio di emodialisi
AS L 3 Bassano del Grappa



Collegio provinciale di Venezia

Patto Infermiere cittadino

IO INFERMIERE

- PRESENTARMI**
MI IMPEGNO NEI TUOI CONFRONTI.
- SAPERE**
Mi formo per essere sempre all'avanguardia, aggiornando le mie conoscenze, ottenendo per me e per te la miglior assistenza possibile.
- FARMI RICONOSCERE**
Mi rendo visibile e riconoscibile, comunicando e collaborando con i professionisti di altre professioni.
- DARTI RISPOSTE**
Mi rendo disponibile e pronta a darti risposte e agli migliori consigli.
- FORNIRTI INFORMAZIONI**
Mi rendo disponibile a darti informazioni e a farti conoscere i servizi che offriamo.
- GARANTIRTI**
Mi rendo disponibile a darti garanzie e assicurazioni.
- FAVORIRTI**
Mi rendo disponibile a darti il miglior servizio possibile e a darti il miglior consiglio.
- RISPETTARE**
Mi rendo disponibile a darti il miglior servizio possibile e a darti il miglior consiglio.
- AIUTARTI**
Mi rendo disponibile a darti il miglior servizio possibile e a darti il miglior consiglio.
- INDIVIDUARE**
Mi rendo disponibile a darti il miglior servizio possibile e a darti il miglior consiglio.

IL PATTO INFERMIERE
È UN ACCORDO CHE SI Fonda sulla collaborazione e sul rispetto reciproco tra infermiere e cittadini. È un patto che si rinnova e si evolve nel tempo, in base alle esigenze e alle aspettative dei cittadini e delle professioni coinvolte.

IL PATTO INFERMIERE
È UN ACCORDO CHE SI Fonda sulla collaborazione e sul rispetto reciproco tra infermiere e cittadini. È un patto che si rinnova e si evolve nel tempo, in base alle esigenze e alle aspettative dei cittadini e delle professioni coinvolte.

IL PATTO INFERMIERE
È UN ACCORDO CHE SI Fonda sulla collaborazione e sul rispetto reciproco tra infermiere e cittadini. È un patto che si rinnova e si evolve nel tempo, in base alle esigenze e alle aspettative dei cittadini e delle professioni coinvolte.

Spritz Bar