

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

ORGANICO UFFICIALE DEL COLLEGIO IPAS.VI. DI VENEZIA

SPAZIO APERTO



UN ANNO DI IMPEGNO



5

TRIMESTRALE N.5
ANNO IV
DICEMBRE 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

SPAZIO APERTO

Proprietario ed editore
"Collegio provinciale
IPASVI di Venezia"
Trimestrale a carattere
scientifico.

Registrazione presso
il tribunale di Venezia n°1448
del 23.05.2003
Finito di stampare
DICEMBRE 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.

n°

5
anno
IV

UN ANNO DI IMPEGNI

3

di Luigino Schiavon

IL NURSING DI SALUTE MENTALE

4-6

di C.A. Camuccio e D. Farro

MODELLO CATALANO

7-40

di E. Labelli

QUESITI

41-43

di Luigino Schiavon

PIANIFICAZIONE IN ADI

44-46

di AA.VV.

TRAINING IN DIALISI

47-51

di L.Marchetto, P. Savini, G. Ervas

DENTRO IL SISTEMA SANITARIO

52-53

di A. De Pieri, M.R. Boscolo

ATTIVITA' DEL COLLEGIO

54-62

di E. Labelli, M.C. Rosa

UN ANNO DI IMPEGNI



Si avvia, con il prossimo nuovo anno, un periodo di grandi cambiamenti che ci vedrà coinvolti tutti ed a tutti i livelli.

Il 31 dicembre prossimo saranno nominati i nuovi Direttori Generali e con loro i Direttori Sanitari, Sociali ed Amministrativi. Le voci della politica sono contraddittorie e, come sempre in questi casi, le valutazioni sembrano più legate all'appartenenza a questa o quella corrente politica più che alle capacità e competenze dei candidati. Verrebbe voglia di esprimere un giudizio, intanto, sui Direttori uscenti e su quanto questi abbiano investito sulla nostra professione. La risposta che ognuno di noi potrebbe dare è che sicuramente potevano fare molto di più, che l'insoddisfazione degli infermieri è elevata e che poco è cambiato, anzi nulla. Ai nuovi o ai riconfermati Direttori diremo che è giunto il momento di fare delle scelte, anche coraggiose, che rendano merito alla nostra professione. Dall'istituzione della dirigenza infermieristica alla valorizzazione, anche economica, delle competenze avanzate, dal riconoscimento dei tutors clinici guide di tirocinio, dal consolidamento degli infermieri coordinatori all'avvio di forme organizzative all'interno delle Unità Operative che vedano gli infermieri perno del sistema assistenziale. Chiederemo sia ai Direttori Generali che alle Università di istituire i "Reparti guida", ovvero Unità Operative i cui gli studenti infermieri siano formati e seguiti anche "sul campo".

Chiederemo Loro di avere il coraggio di liberarsi del peso delle lobby dei professionisti che chiedono più di quanto danno. Noi saremo al loro fianco se avranno questo coraggio.

Sono state elette le nuove rappresentanze sindacali all'interno delle R.S.U. ed è stato evidente come vi sia una preoccupante disaffezione degli infermieri verso questo importante momento. Forse anche le organizzazioni sindacali potevano fare di più per noi. Per questo è necessario che anche loro avviino nuovi e più incisivi percorsi per il riconoscimento professionale, non solo in termini economici ma anche relativi alla qualità del lavoro che ancora troppo spesso ci vede in sofferenza. Chiederemo loro di valorizzare la professionalità, i meriti più che le vecchie logiche. È innegabile l'importanza che le organizzazioni sindacali rivestono nei processi di cambiamento ma è ugualmente vero che senza il determinante contributo della nostra professione poco può cambiare.

Le prossime settimane vedranno le colleghe ed i colleghi dell'azienda 12 "Veneziana" occupati nel trasferimento nel nuovo ospedale; non sarà "solo" un trasloco ma a tutti gli effetti un significativo cambiamento nell'organizzazione del lavoro e dell'assistenza. Il percorso di adattamento non sarà facile, ma diventerà una sfida che certamente potranno, potremo vincere.

Importante sarà fare tutto quanto è possibile nell'interesse del cittadino-paziente, cercando di trovare le migliori soluzioni possibili a quei problemi che inevitabilmente emergeranno, piuttosto che nascondersi dietro ai problemi stessi. Il Collegio sarà a disposizione dei Colleghi e dell'Azienda per affrontare con la massima collaborazione possibile questo delicato momento. Sarà un anno impegnativo per tutti noi, in cui sicuramente vivremo momenti di svolta importante per la professione. Nell'attesa possiamo scambiarci, per le prossime festività, i migliori auguri ed un auspicio di serenità sia per noi che per le nostre famiglie ed i nostri cari.

Luigino Schiavon

IL NURSING DI SALUTE MENTALE

di C.A. Camuccio e D.Farro

Il nursing di salute mentale in Italia non ha uno specifico percorso formativo.

Nonostante la componente infermieristica che lavora nei Dipartimenti di Salute Mentale, composti da Centri di salute mentale (CSM), Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (SPDC), comunità, Day Hospital, Centri Diurni, ecc., sia spesso quantitativamente maggiore rispetto a quella di altre tipologie di servizi, il percorso formativo per il nursing di salute mentale non è sufficientemente sviluppato.

A livello della formazione universitaria di base (Corso di Laurea triennale in infermieristica), l'infermieristica di salute mentale viene trattata al II o III anno di corso, a seconda dei diversi curriculum formativi universitari, con un numero di ore che varia dalle 22 alle 28-30.

Il tirocinio clinico in area psichiatrica viene effettuato al II o III anno, solitamente su base volontaria e prevede una frequenza dello studente pari a 2-3 settimane, 100-120 ore.

Alcune università italiane hanno sviluppato dei master di I livello in nursing di salute mentale, ma tale figura di infermiere specializzato in salute mentale nel Sistema Sanitario Nazionale o Regionale non è ancora formalmente prevista.

La formazione a livello aziendale si potrebbe definire invece "frammentata": non sono facilmente individuabili dei principi e degli standard comuni e condivisi sui quali strutturare gli eventi formativi; spesso questi dipendono invece dall'orientamento e dalla "scuola di pensiero" di ogni singolo Dipartimento di Salute Mentale. Né è facile basare la pratica secondo criteri di evidence-based nursing, dato che le evidenze sono poco validate e comunque molto dipendenti dalle singole situazioni sociali e culturali del Dsm e del suo territorio.

La letteratura internazionale è concorde nell'indicare la gestione del paziente aggressivo come una delle maggiori preoccupazioni dell'infermiere di salute mentale, in particolare di quelli che lavorano nelle unità di degenza per acuti (SPDC). Preoccupazioni reali se osserviamo come, fra i luoghi sanitari più a rischio di violenza, il 43,1% è rappresentato da reparti psichiatrici per acuti (Agrimi & Spinogatti, 2005).

La gestione di tale tipologia di pazienti non può evolvere se essa continua a dipendere dalla "scuola di pensiero" di ogni singolo Dipartimento di Salute Mentale.

Questo non vuol dire che gli infermieri di salute mentale non siano in grado di gestire una crisi di questo tipo. Gli infermieri che lavorano nei dipartimenti da noi analizzati sono per la maggior parte infermieri esperti (mediamente lavorano nella salute mentale da 13,1 anni). Non solo ma la nostra impressione è che il nursing di salute mentale in Italia nei 30 anni di esperienza assistenziale fuori dagli ospedali psichiatrici (ovvero dalla legge di riforma n. 180 del 13 maggio 1978), ha sviluppato metodologie di assistenza quali il lavoro d'équipe multidisciplinare, il concetto di presa in carico, il case management, la relazione terapeutica basata sulla soggettività del paziente/cliente, l'uso del sé come strumento di assistenza, attitudine al counselling, che solo ora si stanno sviluppando in altre aree del nursing italiano (Mislej, 2006).

Gli infermieri italiani in ambito psichiatrico applicano in maniera avanzata molte tecniche di gestione clinica (valutazione del rischio, tecniche di de-escalation, tecniche cognitivo-compor-

tamentali, ecc..) ma spesso non in modo strutturato, a volte senza esserne consapevoli. Una maggior consapevolezza delle loro competenze permetterebbe di rafforzare la capacità di gestione clinica infermieristica attraverso la strutturazione di percorsi clinici condivisi ed efficaci.

Una opportunità in questo senso è data dal Progetto Europeo Leonardo Da Vinci "ePsychNurse.net" che sta coinvolgendo come partner nella sua attuazione vari Dipartimenti di Salute Mentale del Veneto fra cui quello della Aulss 12 Veneziana.

L'obiettivo di fondo è creare un portale interattivo transnazionale per lo sviluppo del nursing di salute mentale e psichiatrico, nello specifico della gestione del paziente in crisi ed aggressivo, e rendere comune la formazione professionale nell'ambito dell'assistenza psichiatrica negli Stati membri dell'Unione Europea, condividendo il progetto formativo. La creazione del portale è prevista per Dicembre 2008.

Il Progetto ePsychNurse.net è stato selezionato dalla Unione Europea e finanziato per la qualità dei suoi obiettivi e l'eccellenza dei partner che lo costituiscono.

Al Progetto partecipano le Università di: l'Università degli Studi di Padova, come l'Università di Turku (Finlandia), l'Università di Dublino (Irlanda) e l'Università di Kingston (Londra-Inghilterra) e Ospedali Psichiatrici: Klaipeda (Lituania); H. Miguel Bombarda di Lisbona (Portogallo); Kellokoski e Pirkanmaa (Finlandia); South West London & St. Gorge Mental Health NHS Trust di Londra (Inghilterra).

Il suddetto portale presenterà alcuni servizi per la gestione del paziente psichiatrico in crisi e aggressivo, tra cui un'analisi dei bisogni formativi e la condizione dell'educazione esistente degli operatori sanitari, relativa alla gestione di tale tipologia di paziente negli ospedali psichiatrici e nelle unità di degenza in alcuni Paesi europei; nel sito sarà disponibile materiale informativo rispetto a statistiche su: salute, leggi, codici etici; percezioni degli infermieri rispetto alle implicazioni etiche della pratica corrente; atteggiamenti degli infermieri riguardo le malattie mentali e i pazienti con problemi di salute mentale. Una parte di questo materiale informativo è già presente sul sito internet del progetto: www.med.utu.fi/epsychnurse/. La versione italiana sarà disponibile per Gennaio 2008.

Verranno messi a disposizione nel portale anche alcuni strumenti multimediali (eTools) ideati per la formazione professionale continua degli infermieri negli ospedali psichiatrici e nelle unità di degenza in Europa, quali strumenti di raccolta dati per l'analisi dei bisogni educativi degli infermieri e approfondimenti, oltre a un diario interattivo (net diary) a disposizione dell'utenza. L'infermieristica italiana, tramite la componente accademica MED/45 del Dipartimento di Medicina Ambientale e Sanità Pubblica/Igiene dell'Università degli Studi di Padova ha aderito al progetto, costituendo il gruppo locale così formato:

Professor Renzo Zanotti. Responsabile scientifico del progetto; professore associato MED/45 presso l'Università degli Studi di Padova.

Dottor Carlo Alberto Camuccio. Referente rapporti e collaborazioni internazionali; tutor didattico del corso di Laurea in Infermieristica dell'Università degli Studi di Udine, con decennale esperienza in ambito psichiatrico.

Farro Daniele. Coordinatore di attività pratiche; infermiere presso la Unità Operativa di Rianimazione dell'Azienda Ulss n. 21 di Legnago (VR), inserito dal Professor Zanotti nel progetto, nell'ambito del tirocinio formativo della Laurea Specialistica in Scienze infermieristiche e ostetriche dell'Università di Padova.

Il progetto prevede la realizzazione di alcune attività per il conseguimento degli obiettivi previsti, quali un'indagine di prevalenza sull'uso della contenzione fisica e farmacologia all'interno degli Ospedali Psichiatrici e delle unità di degenza e delle interviste, tramite modalità focus group, agli infermieri di tali Servizi, sulla percezione della pratica quotidiana attuale, rispetto al

suddetto problema.

Per quanto concerne l'Italia, rappresentata appunto dall'Università di Padova, sono stati inclusi diversi siti di indagine nell'ambito regionale, tra cui i Dipartimenti di Salute Mentale dell'Ulss 12 (Venezia, Mestre), Ulss 15 (Camposampiero-Cittadella), Ulss 16 (Padova), Ulss 21 (Legnago). Il gruppo di progetto ha partecipato nel mese di febbraio 2007 all'International Board Meeting di Dublino (Irlanda), e ha organizzato nel mese di giugno una serie di incontri e seminari altamente qualificanti presso le strutture e gli ambienti messi a disposizione dalla Direzione Generale dell'Ospedale Civile SS Giovanni e Paolo di Venezia, che hanno visto il punto di maggior interesse nel seminario internazionale sullo Stigma del 28 giugno 2007, dove sono stati discussi i primi risultati di un questionario validato che aveva l'obiettivo di valutare la percezione degli infermieri che lavorano nell'ambito psichiatrico sul paziente con disturbi mentali (C.A.M.I.). Il questionario è stato somministrato, nei Paesi che partecipano al progetto, a un totale di 500 infermieri.

Questo meeting internazionale si è svolto dal 26 al 29 Giugno e si è svolto con varie sessioni parallele: un seminario fra infermieri dei sei paesi con presentazioni di relazioni sulla gestione del paziente in crisi, ed una fra i dirigenti infermieristici degli Ospedali partner del Progetto sulle politiche sanitarie per il nursing psichiatrico. A questo incontro ha partecipato il Presidente del Collegio Ipasvi di Venezia Luigino Schiavon.

Carlo Alberto Camuccio e Farro Daniele

Per eventuali informazioni in merito al progetto rivolgersi a:

CAMUCCIO CARLO ALBERTO

Contatto: carlo.camuccio@uniud.it

FARRO DANIELE

contatto: danielefarro@alice.it

Riferimenti bibliografici.

Agrimi E. & Spinogatti F. (2005) Il sottile filo rosso-Violenza e malattia mentale. Cic. Roma (Pag 76-78)

Barelli P. & Spagnoli E. (2004) Nursing di Salute Mentale. Carocci Faber, Roma.

Ciambrello C., Cantelmi T., Pasini A., (2003) Infermieristica Clinica in salute Mentale Cea, Milano.

Mislej M. (2006) Nursing Abilitante. L'arte di comprometersi con la presa in carico. Carocci Faber Roma

IL MODELLO CATALANO

di Elsa Labelli

Consigliera del Collegio IPASVI – Tutor e Docente del Corso di Laurea in Infermieristica – Università di Padova – Sede di Portogruaro (VE)

Giorno **19 aprile 2007** – Visita al Dipartimento della Salute del Governo Catalano e discussione sul tema “Il Sistema Catalano della Salute”

Referente: **Dr. Enric Mayolas**

(Office of International Relations and Cooperation - Assessorato della Salute in Catalonia)

Durante la visita realizzata presso il Dipartimento della Salute a Barcellona, il dr. Mayolas, ci ha presentato una relazione descrivendo inizialmente le caratteristiche del Sistema Sanitario Nazionale, per poi proseguire con l'esposizione riguardante il Sistema della Salute catalano. Di seguito si riportano i dati che ci sono stati trasmessi.

Contesto politico e storico

1. *Riforma della “Seguridad social”*: 1977

separazione tra le prestazioni economiche e le prestazioni di salute

2. *Statuto di autonomia della Catalonia*: 1979

3. *Decentramento delle funzioni dello Stato*: 1981

trasferimento delle competenze in materia di salute alla “Generalitat de Catalunya”

creazione delle “Comunidades Autonomas”

emanazione dello statuto di autonomia

4. *Riforma strutturale del Sistema Sanitario*: 1986

emanazione della Legge Sanitaria Nazionale: copertura universale (l'assistenza sanitaria viene garantita totalmente al 100% della popolazione) Il Sistema Sanitario Spagnolo diventa un Sistema Sanitario Nazionale

cambiamento progressivo del sistema di finanziamento sanitario (pagato con tasse generali dello Stato)

fusione tra il Sistema di sicurezza sociale e quello della beneficenza: Cassa unica

transizione progressiva verso un sistema di finanziamento attraverso le tasse: Sistema Nazionale di Salute

E' quindi un governo di tipo federale dove ogni regione gestisce il proprio budget, secondo i finanziamenti assegnati.

Caratteristiche socio-demografiche della Spagna

La Spagna è caratterizzata da 17 sistemi di salute che si basano su una Legge quadro nazionale, tanti quanti sono le comunità autonome spagnole. L'area geografica occupata dal territorio spagnolo corrisponde a 504,750 km². La popolazione nel 2005 era di 44.108.530 abitanti. La speranza di vita nel 2002 era valutata in 79,5 anni e il tasso di natalità (2004) era invece di 10,6, incrementato con l'entrata nel paese di molti stranieri. Il tasso di mortalità grezza (2004) era di 8,7. La mortalità infantile (2004) era di 3,5.

Caratteristiche del Sistema Sanitario spagnolo

finanziamento attraverso tasse nazionali
decentramento in ogni comunità autonoma (regione) dell'assistenza sanitaria ("comunidades autonomas")
copertura universale (anche per chi è straniero e non ha il permesso di soggiorno se straniero)
libero accesso
offerta di servizi pubblici molto ampia (ad esclusione delle prestazioni odontoiatriche dopo i 17 anni e prestazioni estetiche se non rientranti tra quelle di natura riparativa)
co-pagamento nella prescrizione farmacologia (ticket corrispondente al 40% del valore dei farmaci)
servizi forniti, nella loro maggioranza, attraverso fornitori pubblici
sostenibilità dei sistemi di finanziamento messi in discussione

Decentramento del Sistema di Salute

Governo Centrale Legislazione di base e coordinamento tra le regioni autonome Finanziamento alle regioni autonome Servizi di base finanziati per il S.S.N. Politica farmaceutica (definizione e fissazione dei prezzi, ...) Politica internazionale (OMS, ...) Politica educativa (in particolare delle professioni sanitarie: medici, infermieri, programmazione del numero di professionisti necessari per il mercato del lavoro, ...)
--

Governo Regionale Legislazione e finanziamento sussidiario Igiene pubblica Organizzazione del sistema sanitario Accreditamento e pianificazione Acquisto e fornitura di servizi sanitari Formazione dei professionisti sanitari su piani nazionali
--

Ogni regione autonoma decide la spesa e stabilisce il livello di servizio sanitario da erogare, stabilendo anche l'implementazione delle tasse (attualmente la popolazione catalana paga 1€ in più sulla benzina che viene poi devoluto al capitolo spesa sanitaria).

ASSISTENZA SANITARIA della CATALONIA

Caratteristiche socio-demografiche della Catalonia

La regione della Catalonia comprende un'area geografica di 31,895 km², con una popolazione di 7.196.168 abitanti. La speranza di vita corrisponde a 80,10 anni. Il tasso di natalità (2004) era di 11,41 e la mortalità grezza (2004) di 8,49. La mortalità infantile era di 3,22. Flusso turistico nella regione per anno di 22.669.000 persone.

L'occupazione per settori è rappresentata da:

servizi	59,4%
industriale	28,8%
edificazione	8,3%
agricola	3,5%

Il Modello sanitario catalano

Principi del Sistema Sanitario Catalano:

qualità
equità
decentramento
efficienza
trasversalità
integrazione
partecipazione
trasparenza
sussidiarietà e sostituzione

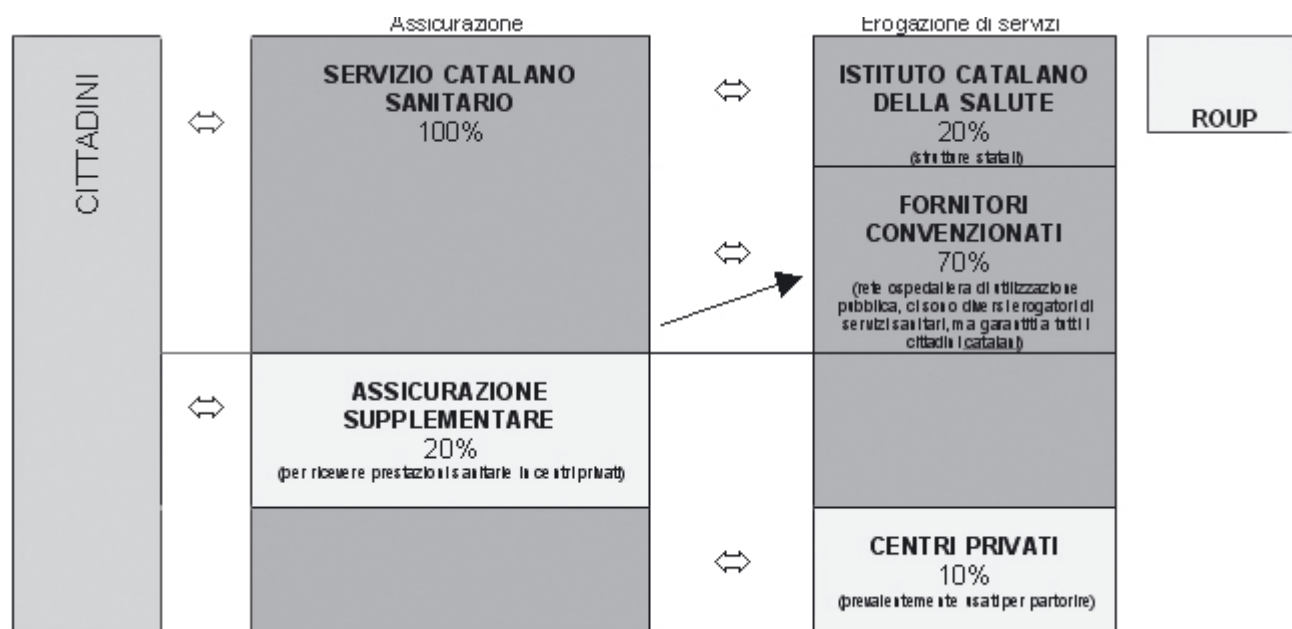


Diagramma generale del Sistema Sanitario catalano

La Catalonia è una regione autonoma della federazione spagnola e dal 1981 così come nel resto del Paese ha impostato il nuovo sistema di cure primarie.

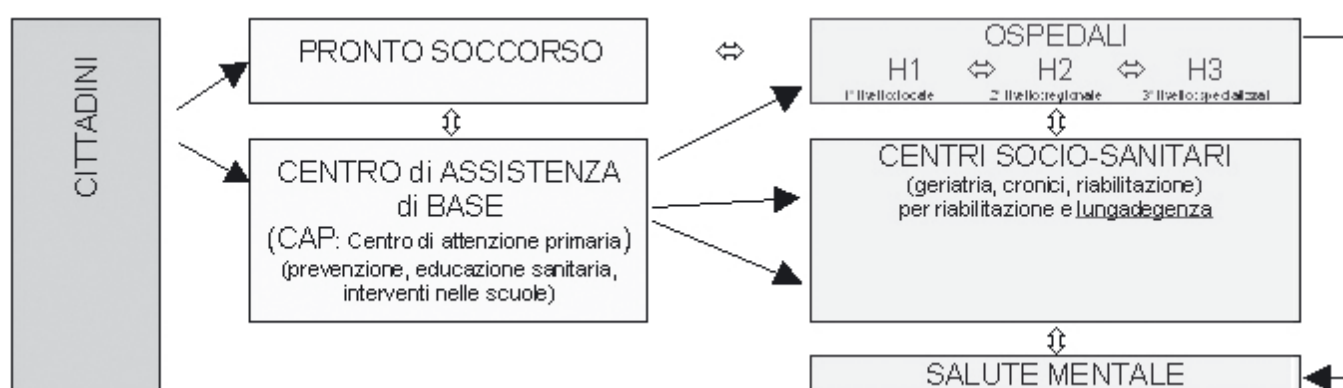
La Catalonia dal 1990 ha progettato e proposto un Modello di assistenza sanitaria che viene riconosciuto e studiato come prototipo, per stabilire se può diventare un modello trasferibile alle altre regioni spagnole.

Il modello della struttura sanitaria proposto è costituito come segue:

30% strutture sanitarie pubbliche: municipalità, fondazioni, istituti religiosi, ...

70% strutture private o strutture civiche convenzionate.

In Catalonia nel 1983 c'erano 140 strutture ospedaliere, dopo l'emanazione della Legge che obbligava le strutture a rispondere a determinati criteri per l'accreditamento, e quindi stabilire chi poteva essere operativo e chi no, si è passati da 140 a 61 strutture riconosciute accreditate dallo Stato, le altre sono state soppresse.



Organizzazione centrata nel cliente

Centro di attenzione primaria (CAP), è la reale novità del sistema, provvede a garantire le prestazioni sanitarie di cui i cittadini hanno bisogno e le attività di prevenzione. I CAP vengono gestiti in convenzione (dalla durata di 5 anni) e per stabilire a chi viene assegnata la loro gestione viene attivata una gara alla quale partecipano ospedali, o società private, ...

Concorrono presentando un programma di gestione, contenente precisi obiettivi e un puntuale bilancio annuale, che dovrà essere attuato e rispettato da chi firma il contratto di convenzione. E' un centro sanitario in cui lavorano in team i medici di medicina generale (assunti dalla struttura come dipendenti), gli infermieri, i pediatri, gli operatori sociali ed in alcuni casi l'ostetrica e l'ostetrico/ginecologo. Ogni CAP ha un bacino d'utenza che varia da 8.000 a 35.000 cittadini, ogni medico di medicina generale e infermiere ha un numero di assistiti che varia da 1.500 a 1.800.

Il cittadino può scegliere il tipo di assistenza da ricevere?

Può scegliere solo di trasferirsi da un medico ad un altro, se il rapporto instaurato non è soddisfacente. Ciò si è visto che avviene solo nel 5% dei casi. Gli utenti devono rispettare assolutamente i diversi livelli presenti nel sistema sanitario rappresentati inizialmente dai CAP, se soffrono di problemi acuti che nel centro di attenzione primaria non sono gestibili viene indirizzato all'ospedale di primo livello, poi eventualmente all'ospedale di secondo livello e così via. Non

possono essere saltati i passaggi di gradazione, i professionisti sono molto attenti nel rispettarli e farli rispettare.

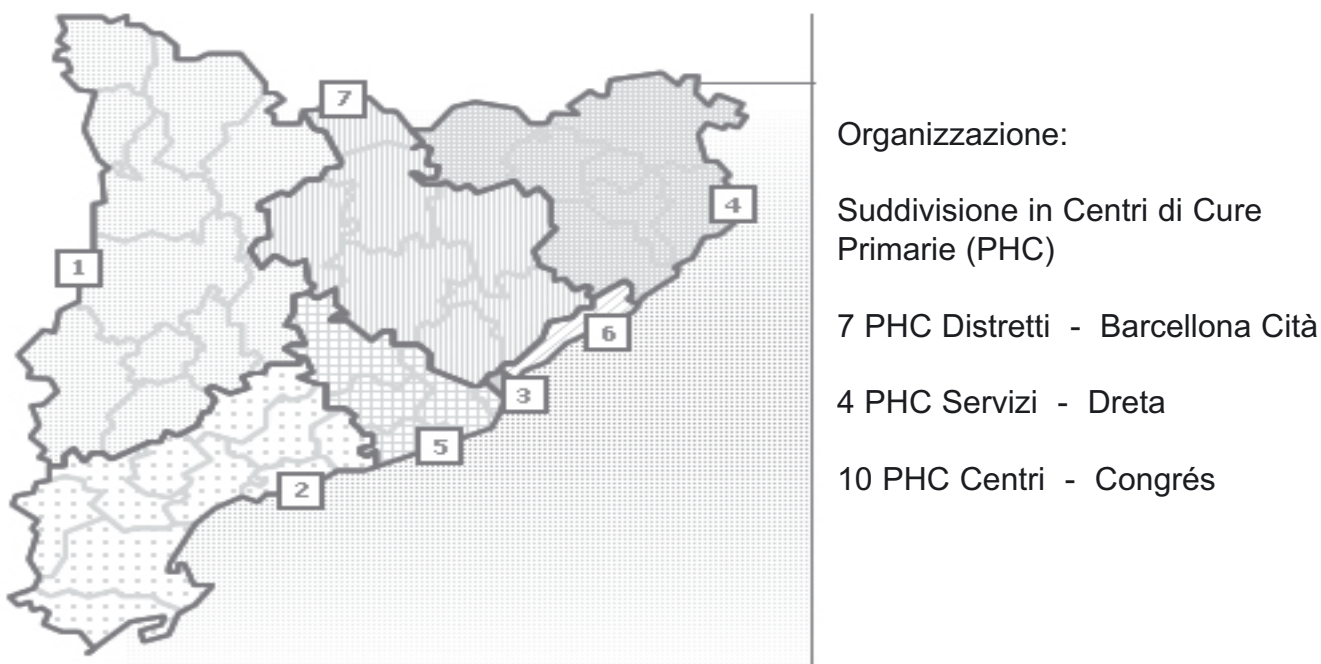
Le Case di Riposo sono inserite nell'Assistenza del Benessere Sociale.

La CATSALUT (Casa della salute): è l'atto concreto che ha espresso la volontà di costituire una compagnia assicurativa pubblica per tutelare la salute. E' diretta in modo indipendente dallo stato nazionale, concretamente e direttamente dal governo della Regione della Catalonia. rappresenta l'integrazione di tutte le risorse assegnate all'ambito sanitario (pubblico e privato) dentro l'offerta della Sanità Pubblica Nazionale.

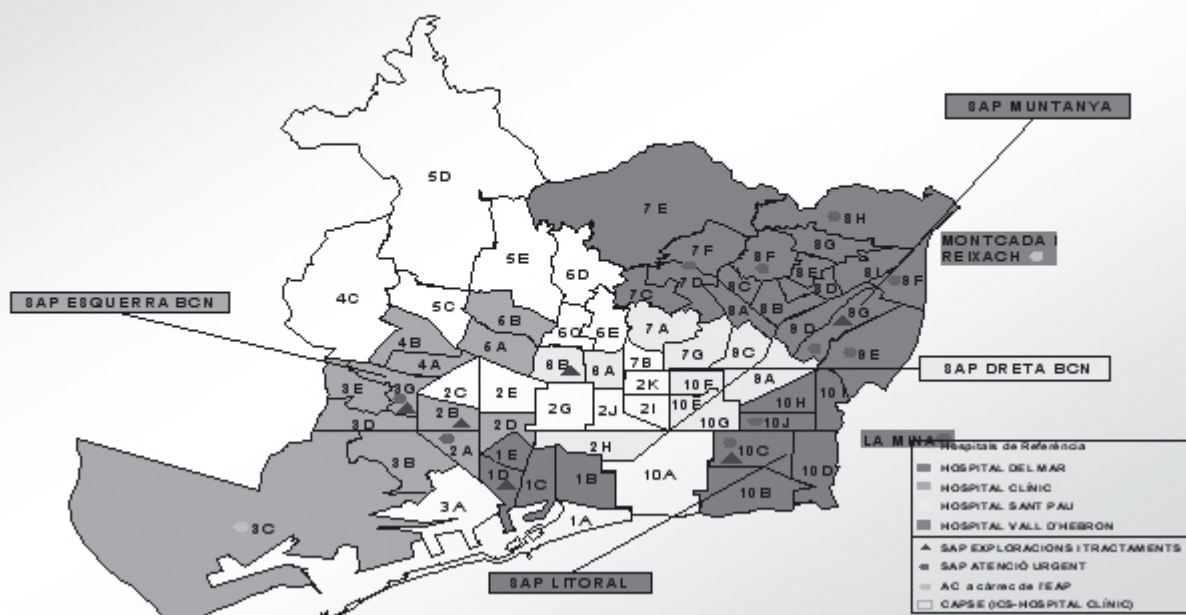
Istituto Sanitario della Catalonia

E' il più grande Centro sanitario delle Cure Primarie e fornisce un'offerta approssimativa dell'85% dei servizi sanitari alla popolazione, rispetto ai servizi di tutto il Sistema Sanitario.

Andremo ora a veder nel dettaglio come è costituito ed organizzato un Centro di Attenzione Primaria catalano a Barcellona, in particolare il Centro di SAP DRETA BCN.



Barcelona: organization



Servizio di Cure Primarie di SAP DRETA : composizione

10 Centri di attenzione (Cure) Primarie

- Unità Operative di supporto:
 - Radiologia
 - Laboratorio
- Unità Operative Specialistiche:
 - Salute Mentale
 - Cure palliative a domicilio
 - Fisioterapia

CONGRÉS 9C



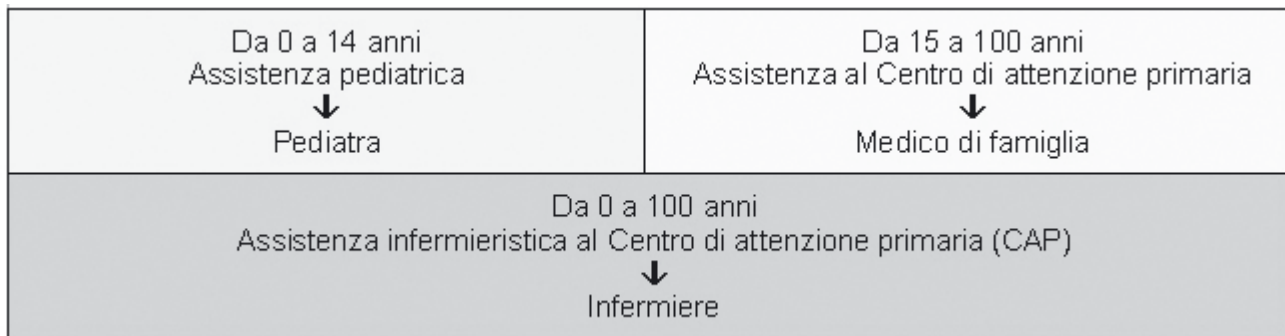
Centro delle Cure Primarie di SAP DRETA BCN

Creato nel 1997

Popolazione: 32.648 di abitanti

27% anziani oltre i 65 anni d'età

Le figure erogatrici l'assistenza sanitaria:



Composizione dello staff del Centro di Cure Primarie di DRETA:

Direttore	1	
Capo delle infermiere	1	
Medici di Medicina Generale	20	
Pediatrri	2	
Infermieri	17	
Assistente sociale	1	
Odontoiatra	1	
Capo degli amministrativi	1	
Amministrativi	17	
Salute della donne	3 ginecologi e 3 ostetriche	(vengono dall'ospedale, sono un team a sé)
Salute mentale	2 psichiatri	

CARATTERISTICHE DEL PERSONALE

Il personale è tutto dipendente anche i medici di medicina generale

Il numero del personale viene stabilito dall'istituzione e per accedervi deve sostenere e superare un esame.

Si è assunti con concorso pubblico (la selezione del personale non è libera)

(1800 – 3000 Euro / mese) x 14 medici

(1200 - 1800 Euro / mese) x 14 infermiere

Il pagamento dei salari, con gli incentivi, è legato alla quantità/qualità del lavoro svolto e anche ai giorni lavorati, quindi può aumentare o meno rispetto allo stipendio base in caso di partecipazione anche a progetti.

Ore di lavoro: 7 ore per 5 giorni (più il sabato a rotazione)

Apertura della struttura dalle 8,00 alle 20,00 (12 ore), dalle 8,00 alle 17,00 viene svolta l'attività sanitaria di routine, dalle 17,00 alle 8,00 l'attività d'urgenza viene garantita dal servizio 061 (118 in Italia).

CARATTERISTICHE DELLA POPOLAZIONE

La popolazione è prevalentemente anziana ed ha un'alta percentuale di comorbilità che porta a mortalità.

ORGANIZZAZIONE GENERALE

Ciascuna Unità di Assistenza di Base (medico e infermiera) realizza 4 sedute di base e 1 seduta di visita domiciliare per settimana. Ogni medico ed infermiera hanno assegnati una numerosità di popolazione di 2.000 assistiti, che dipendono dalle loro cure.

ACCESSO AI SERVIZI: CONTATTO con il proprio SERVIZIO

- appuntamenti: su diretta richiesta dei pazienti o su bisogno individuato dal gruppo di assistenza
- numero di visite al giorno: limite massimo di 35 visite (7-10 minuti/visita)
- le visite urgenti sono realizzate tutti i giorni da un membro prestabilito del gruppo
- a seconda dell'orario di chiamata l'assistenza sarà fornita da un gruppo diverso di personale sanitario
- vengono realizzati prelievi ematici a 200 persone al giorno
- vengono realizzate visite a circa 200 persone al giorno

	<u>ATTIVITA'</u> <u>del GRUPPO</u>
9 - 14 h.	Visite in ufficio / Visite a domicilio / Telefonate a domicilio
14 - 15 h.	Incontro di gruppo (si incontra il personale del mattino con quelli del pomeriggio)
15 - 20 h.	Visite in ufficio / Visite a domicilio

ASSISTENZA A DOMICILIO

- Visite a domiciliari programmate per problemi acuti e cronici: Programma ATDOM
- Supporto ai gruppi (PADES): Assistenza Palliativa a domicilio

L'OFFERTA SPECIALISTICA DEL CENTRO DI CURE PRIMARIE

- I medici specialisti vengono dall'ospedale al centro per: visite
 - servizio di consulenza
 - insegnamento
- Le ore di lavoro fornite si adattano ai bisogni del Centro di Cure Primario

EDUCAZIONE ALLA COMUNITA'

Corsi di educazione sanitaria vengono rivolti alla gente:

- una volta al mese
- ha per finalità l'informazione e il coinvolgimento dei clienti alla salute rispetto a patologie quali: diabete, asma, ecc.

Vengono realizzate altre attività di educazione sanitaria, quali:

- campagna vaccinale contro l'influenza
- educazione nelle scuole (2 giorni la settimana): nella scuola secondaria a ragazzi dai 12 ai 16 anni; realizzazione delle vaccinazioni obbligatorie (tetano - epatite)

Da 0 a 12 anni assicura la presenza socio-sanitaria il comune, mentre le dipendenze (tossico-dipendenze) vengono gestite dalla salute mentale.

SEZIONI DI LAVORO

-un'infermiera comunitaria è assegnata all'attività domiciliare

-un'infermiera comunitaria è assegnata all'attività ambulatoriale

+realizzazione in ambito pediatrico dei programmi al bambino sano

- prevenzione
- educazione alla salute
- sviluppo e crescita
- vaccinazioni

+controllo del paziente cronico

- ipertensione
- diabete
- asma
- demenza
- ipercolesterolemia
- obesità

l'infermiera valuta quando fissare gli appuntamenti per i controlli, solitamente avvengono ogni 4 mesi, anche se si considerano le situazioni da persona a persona

+cure del paziente acuto (ugente)

- medicazione di ferite (a piatto)
- cura delle ulcere
- realizzazione di iniezioni
- bendaggi
- rimozione di punti
-

-un'infermiera è assegnata all'attività nelle scuole o in altre strutture per realizzare educazione sanitaria (dieta, fumo, mobilità, alcool, droga, vaccinazioni)

-un'infermiera è assegnata all'attività di educazione e supervisione di situazioni specifiche stabilizzate:

- stomie (colon, tracheo, ...)
- gestione dei cateterismi vescicali
- sedute di counselling
- accompagnamento in situazioni difficili

L'infermiere opera utilizzando la classificazione NANDA (North American Nurses Association), tutto ciò che è previsto dalle diagnosi NANDA l'infermiere può gestirlo in autonomia perché viene precisamente delimitato il campo di attività infermieristico.

FORMAZIONE

il Piano di studi è stato adottato nel 1978

i medici devono possedere la specializzazione in Medicina di Famiglia

4 anni di formazione per l'infermiere di comunità

ogni professionista Registrato ha un suo tutor di Cure Primarie

l'accREDITAMENTO professionale è ottenuto dopo aver realizzato un percorso formativo presso un Centro di Cure Primarie in affiancamento ad un tutor

anche gli infermieri dovranno partecipare a corsi di specializzazione, ora ci si specializza sul campo esercitando la professione

RICERCA

ha un ruolo importante nel curriculum professionale

le Fondazioni danno un importante supporto alla ricerca nell'Assistenza Primaria: Goll i Gurina.

differenti linee di ricerca dipendono dalle preferenze che vengono date alle aree tematiche sanitarie

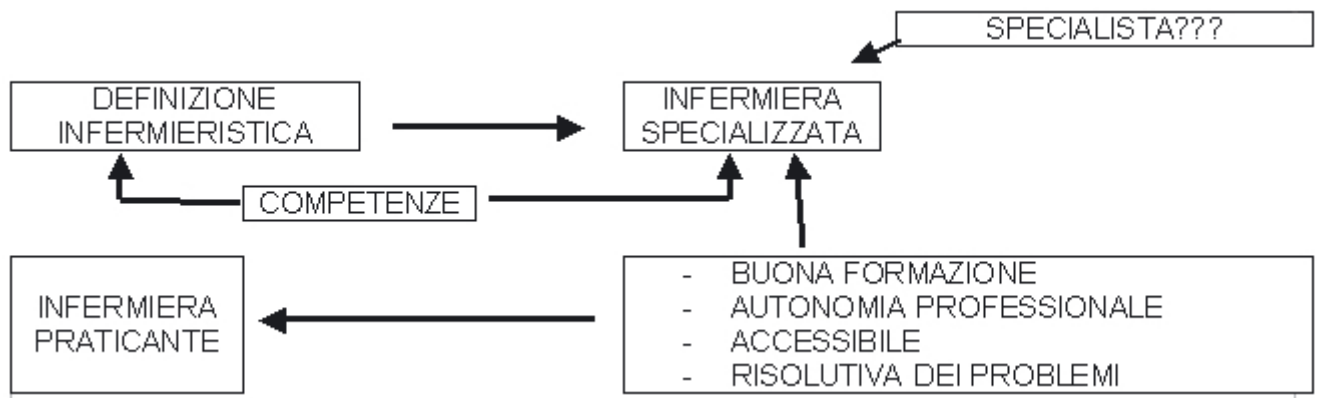
L'infermiera che lavora a domicilio realizza tutta una serie di attività che comprendono:

- visite dei pazienti in ospedale quando viene disposta la dimissione ed è previsto un proseguo dell'assistenza a domicilio. L'infermiera di comunità viene avvisata della dimissione dall'infermiere dell'ospedale deputato esclusivamente a questo (via e-mail) o dalla famiglia;
- visita degli anziani a domicilio una volta la settimana
- realizzazione di iniezioni o medicazioni a domicilio
- insegna alla famiglia le attività assistenziali che devono essere effettuate, per renderla auto-sufficiente
- assistenza al paziente cronico a domicilio: valutazione della sicurezza della logistica a domicilio, educazione per la gestione dei pazienti allettati per la prevenzione della sindrome da immobilizzazione e nello specifico delle Lesioni da decubito.

Referente: Dr.ssa **Marisa Jiménez Ordoitez**

(Responsabile del Dipartimento Infermieristico dell'Assessorato della Salute in Catalonia)

Con la Direttrice Infermieristica del Dipartimento della Salute, inserito presso l'assessorato della Salute regionale della Catalonia, ci siamo confrontati e abbiamo discusso, come di seguito riportato, dello scenario e dello sviluppo che prospettano per la professione infermieristica nei prossimi anni in Spagna ed in Catalonia in particolare. Ci è stata, inoltre, anche presentata l'impostazione dell'attività che questa struttura realizza per la crescita della categoria professionale infermieristica che si riporta di seguito.



Analisi della Professione infermieristica

Obiettivo generale:

Identificare le caratteristiche che avvicinano alcuni infermieri all'eccellenza dell'esercizio della loro professione.

Obiettivi specifici:

- decrizione dei campi di intervento
- importanza relatives atrtribuita
- identificare necessità di formazione
- descrivere modalità organizzative
- identificare variabili di successo

Infermiere praticante (Nurse practitioner* - *Association des infirmières du Canada(2002))

Infermiera esperta che svolge il suo ruolo mediante i valori, le conoscenze, le teorie e la buona pratica della professione infermieristica. Lavora in modo autonomo applicando il processo delle cure ed anche collaborando con altri professionisti della salute, maggiormente con medici, come complemento al loro lavoro, ma non sostituendolo.

Gli infermieri dicono:

SI: al potenziamento delle proprie competenze

NO: all'assunzione di ruoli di altri professionisti

AZIONI DEL MINISTERO DELLA SALUTE E DEL GOVERNO DELLA CATALONIA

1. Consiglio della Professione Infermieristica della Catalonia (CPIC)

- Costituito il 5 ottobre 2006
 - ascritto al Dipartimento della Salute
 - organo permanente di consulenza e partecipazione
 - riconosce la singolarità dell'esercizio della professione infermieristica.
 - le proposte del Consiglio saranno vincolanti per le decisioni nelle politiche di salute della Catalonia

Obiettivi del Consiglio: organo di partecipazione, consultazione e consenso in:

- determinazione di questioni relative all'esercizio della professione;
- sviluppo delle politiche accademiche e formative;
- sviluppo del Piano delle risorse umane della Legge di ordinamento delle professioni sanitarie;
- partecipazione al processo di definizione delle misure di implementazione del Libro bianco delle professioni sanitarie.

Il Consiglio raggruppa professionisti dell'infermieristica Catalana provenienti da diversi ambiti:

- Amministrazione
- Formazione
- Associazionismo scientifico
- Collegi professionali
- Sindacati
- Fornitori di assistenza

L'organizzazione prevede l'esistenza di:

- Assemblea plenaria

-Commissione di ordinamento della professione (COP): che tratta aspetti relativi all'ordinamento della professione infermieristica

-Commissione dell'esercizio professionale (CEP): che tratta aspetti relativi all'esercizio professionale del Sistema Sanitario Integrale di utilizzazione pubblica della Catalonia.

Metodologia di lavoro delle subcommissioni:

- analisi della situazione
- proposte
- dibattito e consenso
- consulenza legale
- consulenza amministrativa
- Consulenza tecnica al Ministero della Salute, fornendo proposte

Strumenti di supporto amministrativo:

- è stato abilitato un indirizzo e-mail per facilitare la comunicazione tra tutti i membri del Consiglio;
- è stato abilitato uno spazio di lavoro in e-Catalunya, per inserire la documentazione affinché possa essere condivisa tra le due Commissioni.

Stato attuale delle Commissioni:

Commissione di ordinamento della professione (COP): ci sono 5 sottocommissioni di lavoro che si occupano di definire le competenze professionali, rilevare la demografia professionale, valorizzare la Leadership, l'immagine professionale e studiare la prescrizione infermieristica.

Commissione dell'esercizio professionale (CEP): ci sono 3 sottocommissioni di lavoro che tengono osservati diversi fenomeni: le giornate, gli orari e la conciliazione della vita lavorativa con quella familiare; la stabilità contrattuale e la precarietà lavorativa, il pensionamento dei professionisti (condiviso da ambedue le Commissioni).

FUNZIONI della Commissione di ordinamento della professione (COP):

- informare in modo precettivo dei progetti normativi che abbiano contenuti che riguardino le condizioni dell'esercizio professionale e del Sistema di riconoscimento dello sviluppo professionale;
- realizzare proposte per la pianificazione delle necessità degli infermieri e dell'offerta di formazione specializzata;
- proporre criteri per l'orientamento della formazione infermieristica in Catalonia;
- fare proposte per la certificazione della competenza professionale;
- promuovere formule di partecipazione dei professionisti al Sistema Sanitario;
- analizzare e proporre strumenti e misure di razionalizzazione della domanda, conservando sempre gli standard di qualità;
- in generale, formulare proposte sull'organizzazione del sistema sanitario e dell'ordinamento della professione.

FUNZIONI della Commissione dell'esercizio professionale (CEP):

- informare in modo precettivo dei progetti normativi che abbiano contenuti che riguardino le condizioni dell'esercizio professionale;
- realizzare proposte sul Piano delle risorse umane che riguardino esclusivamente l'ambito infermieristico;
- formulare proposte e raccomandazioni in materie che si ripercuotono sulla prestazione di servizi di infermieri, per migliorare la qualità, l'efficacia e l'efficienza dell'attenzione sanitaria.

1. PROGETTO: "LA PRESCRIZIONE INFERMIERISTICA."

Per realizzare questo progetto inizialmente ci si è documentati su quanto avviene a livello internazionale, nello specifico in Canada, e si è cercato di capire i risvolti della responsabilità legale alla quale dovranno rispondere gli infermieri durante l'esercizio professionale.

Definizione di prescrizione *

"La capacità di selezionare, guidati dai criteri di buona pratica, materiali diversi, prodotti e/o dispositivi atti a soddisfare la salute dell'utente e della popolazione, appoggiato dal giudizio clinico infermieristico e somministrato sotto forma di cura."

**Proposta di definizione del Consiglio generale di infermeria (CGE)*

Legge sulle garanzie e sull'uso razionale di farmaci e di prodotti sanitari

Articolo 77. La ricetta medica e la prescrizione ospedaliera.

1. "La ricetta medica, pubblica o privata, e l'ordine ospedaliero di somministrazione, sono documenti che assicurano l'instaurazione di un trattamento con farmaci su prescrizione di un medico o di un odontoiatra, unici professionisti con facoltà di ordinare la prescrizione di farmaci."

Cosa dice la legge?

Disposizione addizionale dodicesima. Della revisione dei farmaci soggetti a prescrizione.

“Per facilitare il lavoro dei professionisti sanitari che, d’accordo con questa legge, non possono prescrivere farmaci, nel termine di un anno il Ministero di Sanità e del Consumo stenderà la relazione che stabilirà i farmaci che possono essere usati o, se è il caso, autorizzati da questi professionisti, così come le condizioni specifiche nelle quali li possono utilizzare e i meccanismi di partecipazione con i medici in programmi di monitoraggio di determinati farmaci.”

Cosa ha fatto il Ministero della Salute in relazione alla legge?

-Prima della pubblicazione della legge sono state fatte: proposte di modifica della redazione di diversi articoli

-concretamente per l’articolo 77 è stata proposta la seguente redazione:

“Normativamente verranno stabiliti di comune accordo protocolli di azione in circostanze specifiche, con menzione esplicita ai gruppi di farmaci che possono essere indicati da altri professionisti sanitari, in cui si definiscano strettamente le condizioni di indicazione”

PERCHÉ LA MINISTRO DELLA SALUTE CREDE CHE L’INFERMIERE POSSA PRESCRIVERE?

perché considera che l’infermiere abbia la capacità di farlo
perché vuole che l’infermiere esca dall’invisibilità
perché l’infermiere deve avere una leadership e un’indipendenza nell’ambito delle sue competenze. Pertanto, credo che l’infermiere, sempre nell’ambito delle sue competenze, debba esser risolutiva nei confronti dei problemi relativi alla salute
perché in altri paesi ci sono esperienze che avallano l’efficacia della prescrizione infermieristica

Comunità Autonome a favore della prescrizione infermieristica:

Catalogna
Andalusia
Paesi Baschi
Castiglia-La Mancia
Madrid

Altri organismi collettivi sono a favore della prescrizione infermieristica. Prescrizione con catalogo e previa formazione, nell’ambito delle competenze infermieristiche

Società Spagnola di medicina familiare e comunitaria (Semfyc)
Società Catalana di medicina familiare e comunitaria (CAMFiC)
Collegio ufficiale dei medici di Barcellona (COMB)
Associazione di direttori d’infermeria del Regno Unito

Fonte: Rivista “Enfermería Facultativa”

Collegio dei medici di Cordoba, “invita gli infermieri a iscriversi alla facoltà di medicina”

Organizzazione medico collegiale (OMC)

Società Spagnola di medici di attenzione primaria (SEMERGEN): considera che “può comportare gravi rischi per la salute del cittadino”

La Legge 29/2006 del 26 luglio, “ sulle garanzie e sull’uso razionale dei farmaci e dei prodotti sanitari”

Alcune proposte di prescrizione infermieristica del Ministro della Salute

dotare di un catalogo chiuso di prescrizioni i professionisti dell’infermeria

realizzare la prescrizione con la supervisione medica e previa formazione dei professionisti

dare maggiore importanza al ruolo dell’infermeria

Cosa sta facendo il Ministero della Salute?

guidare i gruppi di lavoro per arrivare alla definizione di un catalogo di prodotti e fare proposte concrete

mantenere contatti con altre Comunità Autonome favorevoli alla prescrizione

mantenere riunioni di lavoro con il Ministero Spagnolo

Collegi professionali e/o Consiglio dei Collegi Professionali

il Collegio ufficiale infermieristico di Barcellona, sta elaborando un catalogo di prodotti che l’infermeria potrebbe prescrivere con il consenso del Consiglio Nazionale dei Collegi;

il Collegio di podologi di Barcellona, ha anch’esso definito un catalogo di prodotti che potranno prescrivere

allo stesso modo, il Collegio ufficiale dei farmacisti

il Consiglio interterritoriale di farmacia, sta lavorando per stabilire un catalogo di prodotti farmaceutici.

2. INFERMIERISTICA OSPEDALIERA

E’ un altro ambito di cui ci si sta occupando per lo sviluppo professionale e la definizione delle competenze e degli standard assistenziali. Per realizzare tutto ciò sono stati attivati e si stanno conducendo diversi studi che di seguito riporteremo:

1. Studio COM-VA(R) di valutazione delle competenze dell’infermeria assistenziale nell’ambito ospedaliero

Obiettivo COM-VA(R): contribuire all’ordinamento dell’attività infermieristica negli ospedali e sviluppare un sistema integrale di gestione per competenze guidato dall’Istituto Catalano per la salute (fornitore di servizi, pubblico)

3. INFERMIERISTICA dell’ATTENZIONE PRIMARIA PER LA SALUTE (APS)

Uno studio demografico realizzato per analizzare la situazione delle Professioni Sanitarie in Catalonia ha permesso di ottenere i seguenti dati:

informazione eterogenea

diverse organizzazioni di lavoro

portafoglio di servizi esplicito

diffusione non uniforme delle tecnologie dell’informazione e della comunicazione (TIC)

manca di coordinamento dei livelli

Analisi della Professione Infermieristica

	ESTUDIATS	UNIVERS	
REGIONE SANITARIA	7	7	
EAPs	343	346	99%
EAPs ICS / NO ICS	266 / 77	269 / 77	Adatta le righe
INFERMIERI	3371	4036	83,5%

CATALONIA

L'80% degli infermieri compilano il 90% del questionario

Dimensione del cambio della modalità operativa nell'ambito dell'attenzione primaria per la salute.

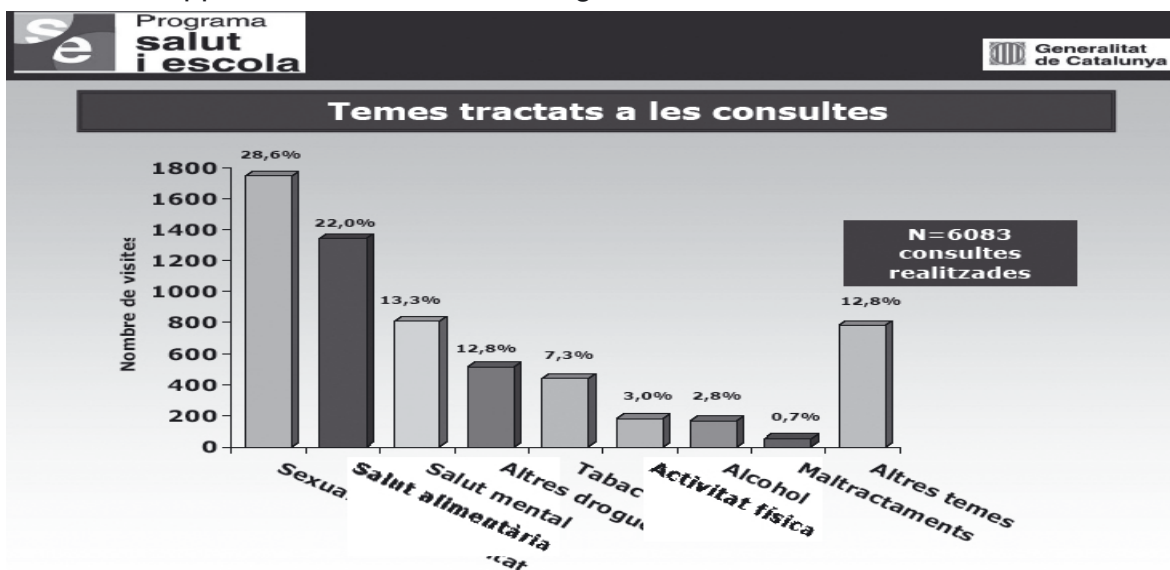
- lavorare in modo autonomo
- favorire l'accessibilità
- competenze condivise
- risoluzione dei problemi
- continuità assistenziale
- presenza nella comunità

4. PROGRAMMA SALUTE E SCUOLA

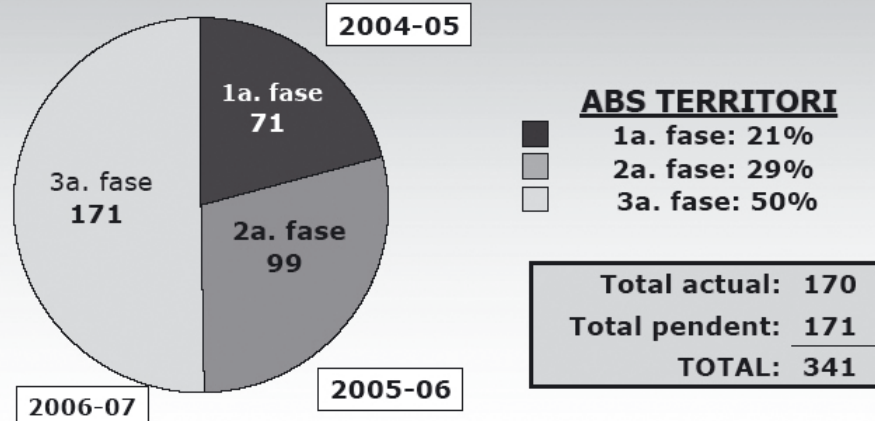
Programma rivolto al terzo e al quarto anno della scuola secondaria superiore (adolescenti di 15 e 16 anni).

Obiettivi:

- migliorare il coordinamento scuola e servizi sanitari
- avvicinare i servizi sanitari ai centri formativi
- ridurre comportamenti non sani
- rilevare precocemente problemi di salute
- elaborare una mappa territoriale in modo congiunto



ABS PARTICIPANTS EN EL DESPLEGAMENT DEL PROGRAMA



5. ALTRE AZIONI DEL MINISTERO DELLA SALUTE

Convegno con l'istituto Carlos III (Madrid) per la creazione del Centro collaboratore Spagnolo dell'Istituto Joanna Briggs per le cure della salute basate sull'evidenza

Piano strategico di ordinamento di pediatria all'attenzione primaria della salute

Revisione del Programma del bambino sano (salute pubblica e comunitaria – attenzione primaria per la salute)

Piano d'innovazione dell'attenzione primaria per la salute (APS)

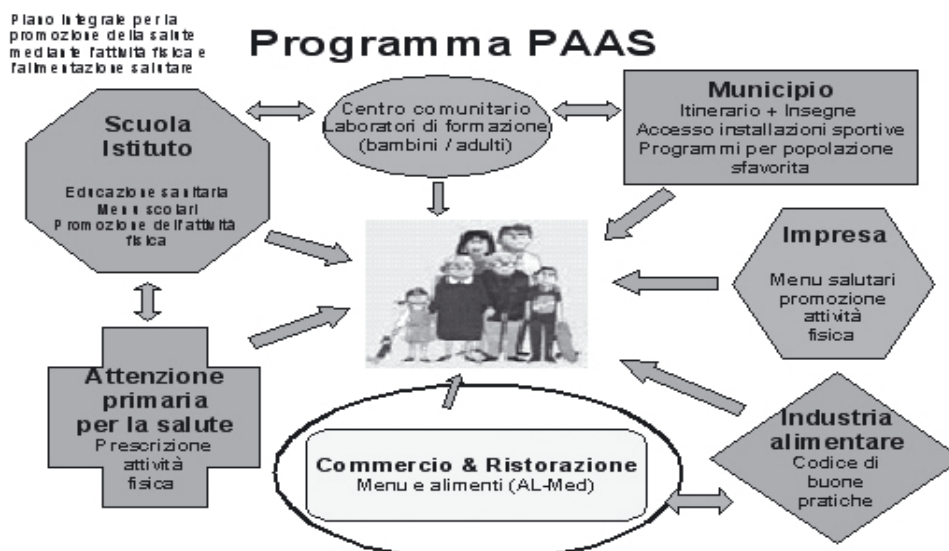
Potenziare il lavoro degli ausiliari all'infermieristica

Creazione dell'Alleanza per la Sicurezza dei pazienti

Studio demografico delle professioni sanitarie in Catalonia

Servizio telefonico "Sanitat Respon" (Sanità risponde), servizio telefonico dedicato a prestare informazioni e consigli sulla salute in modo continuo

Piano integrale per la promozione della salute mediante l'attività fisica e un'alimentazione salutare (PAAS) Linea di lavoro del Ministero della Salute



Linea di lavoro del Ministero della Salute

continuare a potenziare le competenze degli infermieri: infermiere di gestione di casi complessi, infermiere di collegamento, infermiere di prima accoglienza, infermiere domiciliare, infermiere per la salute e la scuola, ...

incrementare il numero di infermieri per l'attenzione primaria per la salute (APS)

analizzare la situazione degli infermieri ospedalieri e dell'ambito socio-sanitario

sviluppare le specialità infermieristiche e riconoscere la sua specializzazione

incrementare la presenza degli infermieri nei luoghi in cui vengono prese le decisioni (ambito della gestione)

rivalorizzare la leadership infermieristica nella gestione delle cure (infermieristica di gestione dei casi complessi)

Sfide e aspettative

<i>Aspetti professionali:</i>	<i><u>stabilire il numero di professionisti necessari</u></i> <i><u>competenze condivise: sussidiarietà</u></i> <i><u>condizioni lavorative</u></i> <i><u>categorie e retribuzioni</u></i> <i><u>scarsa ricerca ed evidenza</u></i> <i><u>valutazione degli interventi infermieristici</u></i>	<i><u>riconoscimento sociale: pazienti</u></i> <i><u>mezzi di comunicazione</u></i> <i><u>nuovi titoli infermieristici: studi di grado superiore</u></i> <i><u>master</u></i> <i><u>dottorato</u></i> <i><u>specialità infermieristiche come requisito</u></i> <i><u>altre professioni</u></i>
-------------------------------	---	--

Giorno 20 **aprile 2007** mattina – Visita all'Ospedale Catalano di Matarò

Referente: dr.ssa **Margarita Esteve Ortega**

(Direttrice infermieristica del Dipartimento dell'Assistenza dell'ospedale di Matarò)

MODELLO DI GESTIONE NEL CONSORZIO SANITARIO DEL MARESME

Centri del Consorzio Sanitario del Maresme

-ANTICO OSPEDALE DI ST. JAUME: 124 POSTI LETTO

-OSPEDALE DI MATARÓ 346 POSTI LETTO

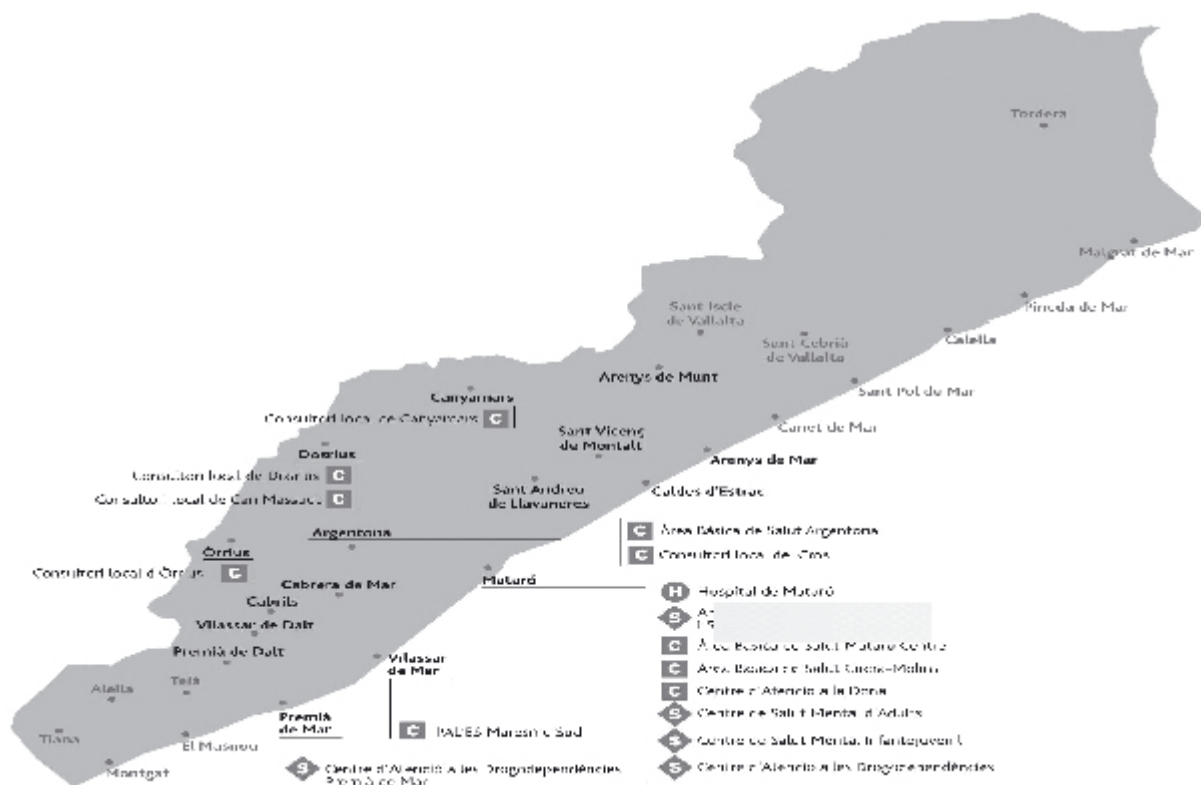
-RESIDENZA ST. JOSEP 60 POSTI LETTO

-ABS ARGENTONA

-ABS CIRERA-MOLINS

-ABS MATARÓ CENTRO

Area d'influsso dell'Ospedale di Mataró



Popolazione totale: 229.844 abitanti.

CSdM				Territorio Maresme Centrale
Assistenza Specializzata	Ospedale di Mataró ← → FP		Area d'influsso di 229.844 h	
Assistenza Socio-sanitaria	A.H. Sant Jaume ← → Sant Josep			
Assistenza Primaria	ABS Argentona	ABS Cirera Molins	ABS Mataró Centre	
Salute Mentale	SMA – IJ e Droghe			

DESGLÓS PLANTILLA GENER 2007	HOSPITAL		SOCIO-SANITARI		SALUT MENTAL		ATELICIO PRIMÀRIA		TOTAL	
	TOTAL PL. DEFINIDA		TOTAL PL. DEFINIDA		TOTAL PL. DEFINIDA		TOTAL PL. DEFINIDA		TOTAL PL. DEFINIDA	
	NÚM. PERS	EQ. UIV J. Compl	NÚM. PERS	EQ. UIV J. Compl	NÚM. PERS	EQ. UIV J. Compl	NÚM. PERS	EQ. UIV J. Compl	NÚM. PERS	EQ. UIV J. Compl
DIRECTIUS	6	6							6	6
FACULTATIUS	289	240	7	6	17	14	39	35	352	294
INFERMERES	305	250	24	20	4	3	34	28	367	302
ALTRES DIPLOMATS	45	35	9	7	4	4	4	4	62	49
AUXILIARS D'INFERMERIA	258	212	65	50	1	1	4	4	328	266
TÈCNICS ASSISTENCIALS	52	40	2	2					54	42
CAPS ADMINISTRATIUS/SSGG	18	18	3	3			1	1	20	20
ADMINISTRATIUS	124	118	5	4	6	5	18	17	153	141
SERVEIS GENERALS	65	60	32	26	3	2	2	2	102	90
TOTAL CSdM	1.160	975	146	117	34	29	102	91	1.443	1.211

MECCANISMI DI COORDINAMENTO

standardizzazione processi di lavoro
percorsi e criteri di provenienza
dispositivi di collegamento
assistenza specializzata nei Centri di Assistenza Primaria

Meccanismi di coordinamento della gestione integrata

Percorsi e criteri di derivazione:
19 percorsi di derivazione per gruppi di pazienti diversi
Criteri di derivazione
Informazione complementare necessaria

Dispositivi di collegamento
UFISS, geriatria e palliativi
PADES (Piano assistenziale)
Infermiere di collegamento (programma pre-dimissione)
Dirigenti dei casi
CIMSMoделlo Concettuale

MISSIONE	VALORI	STRATEGIA
POTENZIAMENTO DEL RUOLO INDIPENDENTE DELL' INFERMIERA E SUA RESPONSABILITA' NEI CONFRONTI DEI PAZIENTI		
	STANDARDIZZAZIONE CURE INFERMERIA	
POTENZIAMENTO DEL RUOLO INDIPENDENTE DELL' INFERMIERA E SUA RESPONSABILITA' NEI CONFRONTI DEI PAZIENTI		
TRAIETTORIE CLINICHE (Percorsi clinico assistenziali)		AGGIORNAMENTO DEI METODI DI INFERMERIA

Modello Concettuale

L'infermiera deve essere il professionista che integri e riunisca l'assistenza (attraverso i Modelli Funzionali della Salute ed il Modello Bifocale di Carpenito, attraverso la definizione delle diagnosi infermieristiche)

Le cure infermieristiche devono adeguarsi alle necessità del paziente

E' necessario raggruppare i pazienti in funzione della complessità delle cure

TIPOLOGIA PAZIENTE ? PROFILO PROFESSIONALE

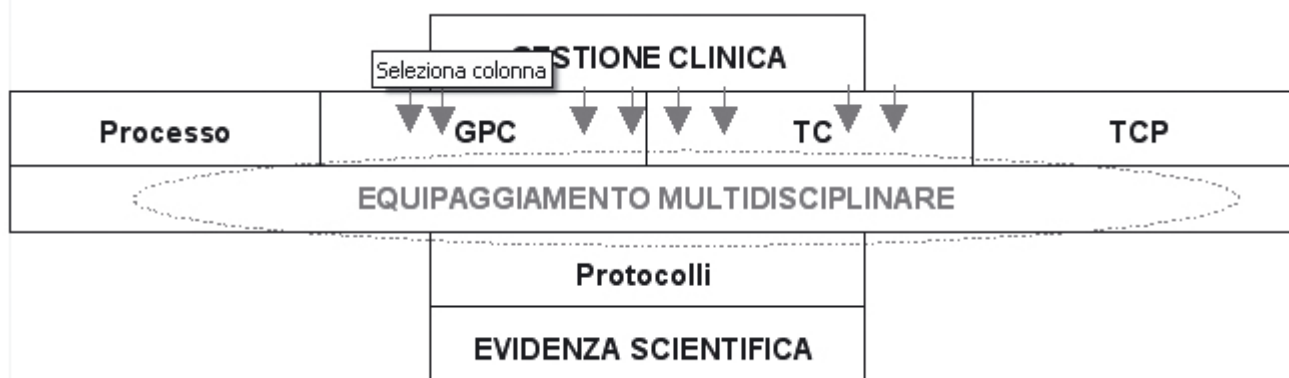
Obbiettivi del Modello

- facilitare l'autonomia nell'operato professionale
- assegnare attività aumentando la dedizione al paziente
- migliorare la gestione del metodo di cura
- ridefinire il ruolo del supervisore tradizionale
- prevedere la figura del capo area
- prevedere la figura della istruttrice assistenziale
- cambiare l'assegnazione delle responsabilità
- progettare le strategie che siano vincolate alle politiche di salute

Servizi di Sostegno



Standardizzazione dei processi



Traiettorie cliniche (percorsi clinico-assistenziali)

DEFINIZIONE DEL PAZIENTE TIPO

adulto.

autonomo nelle sue necessità basilari nei confronti del IAM.

con la diagnosi di IAM KILLIP I con elevazione ST che rispetti criteri medici di inclusione al trattamento fibrinolitico. prognosi di tre giorni di degenza presso l'UCIC, con successiva continuazione del processo in ospedalizzazione convenzionale.

Infarto agudo de miocardio (1.1)

Etiqueta de identificación

		INGRESO	1ª HORA	4 HORAS
TRATAMIENTO Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS	Recibir al paciente y acomoderarlo	<input type="checkbox"/>	Revisión historia clínica antigua	Curva enzimática
	Revisión documentación	<input type="checkbox"/>	Control frecuencia cardíaca y tensión arterial cada 5 minutos	Temperatura
	Control hemodinámico	<input type="checkbox"/>	Controlar arritmias	Frecuencia cardíaca y tensión arterial cada hora
	Monitorización	<input type="checkbox"/>		Saturación O ₂
	Comprobar analítica: - CK, MB, GOT, GPT, LDH - Coagulación	<input type="checkbox"/>		Retirar oxigenoterapia
	Oxigenoterapia 20% S I	<input type="checkbox"/>	ECG al cabo de 30 minutos postfibrinolisis	ECG control
	ECG de ingreso	<input type="checkbox"/>		Si rt-PA, seguir con bomba de infusión continua de heparina sódica
	Desfibrilador preparado	<input type="checkbox"/>	Finalizar administración estreptoquinasa	Tiempo catálisis después 6 horas de inicio bomba de infusión continua de heparina sódica
	Medicación: - Comprobar administración aspirina - Comprobar administración ranitidina	<input type="checkbox"/>	Acabar rt-PA e iniciar bomba de infusión continua de heparina sódica según protocolo (5 ml/kg)	Modificación pauta heparina sódica, si es preciso, según protocolo
	Tratamiento fibrinolítico: - ESTREPTOQUINASA - rt-PA	<input type="checkbox"/>		
Medicación apoyo	Preparación Administración	Administración	Administración	
- Atropina 1 amp.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- Lidocaína 1 amp. 5%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- Pilsimpan® 1 amp.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- Fialol. 500 cc conectado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- Adrenalina 1 amp.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
DRUM	si no			
Placa comprobación DRUM si lleva (portátil)	<input type="checkbox"/>			
PATRONES	DIAGNÓSTICO DE ENFERMERIA	Dieta absoluta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
NUTRICIONAL METABÓLICO				
ELIMINACIÓN	RIESGO DE ESTREÑIMIENTO	Control y medición diuresis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Firma enfermero/a / Firma médico		Enfermero/a _____ Médico _____	Enfermero/a _____ Médico _____	Enfermero/a _____ Médico _____

Consentí Sanitari del Marçana, Juny de 1999

Plantilla Trayectoria Clínica		TR02 - PROTESIS TOTAL DE MALUC (Ver.9)		
		Dia 4	Dia 5	Dia 6
Activitat i exercici	Alt risc de disfunció neurovascular perifèrica	Col·locar embemat elàstic (0) 08:00	→ (0) 08:00	(0) 08:00
		Control trofisme (0) 08:00, 16:00, 23:00	→ (0) 08:00, 16:00, 23:00	(0) 08:00,
		Exercicis isomètrics al llit (0) 08:00, 16:00, 23:00		
	Alteració de la mobilitat física	Al llit mantenir abducció i evitar rot.interna/flexió	(0) 08:00, 16:00, 23:00	→ (0) 08:00, 16:00, 23:00
Colocar coixí triangular en el llit (0) 08:00, 16:00, 23:00			→ (0) 08:00, 16:00, 23:00	(0) 08:00,
Inici deambulació crossets/caminadors/benes elàstiques (0) 10:00, 16:00			Deambulació amb crossets/caminadors/benes elàstiques (0) 10:00, 16:00	(0) 10:00,
Sedestació amb cadira alta i genolls separats (0) 10:00, 16:00			→ (0) 10:00, 16:00	Recordar la necessitat d'alça WC a domicili (0) 12:00
Déficit d'autocura: total	Ajudar a realitzar necessitats bàsiques: eliminació (0) 08:00, 16:00, 23:00		→ (0) 08:00, 16:00, 23:00	(0) 08:00,
	Ajudar a realitzar necessitats bàsiques: higiene (0) 08:00		→ (0) 08:00	(0) 08:00
Cognitiu-Perceptiu	Dolor	Control i registre del dolor segons l'escala numèrica (0) 08:00, 16:00, 23:00	→ (0) 08:00, 16:00, 23:00	(0) 08:00, EL PACIENT NO PRESENTA DOLOR (0) 08:00, ES MANTÉ PAUTA OPCIONAL ANALG.
Eliminació	Risc restrenyiment	Administrar laxant/enema si sescau (sin definir)		
	sense diagnòstic	Valorar restrenyiment (0) 08:00, 16:00, 23:00	Retirar drenatges (0) 12:00	
Nutricional-Metabòlic	Risc de deteriorament de la integritat cutànea	Valorar retirada drenatges (0) 12:00		
		Aplicar mesures de protecció punts de pressió/coixins aigua (0) 08:00	→ (0) 08:00	

Follow-up e valutazione

PROCEDIMENTI PER IL FOLLOW-UP

designazione del responsabile del follow-up.

cronogramma dei controlli periodici.

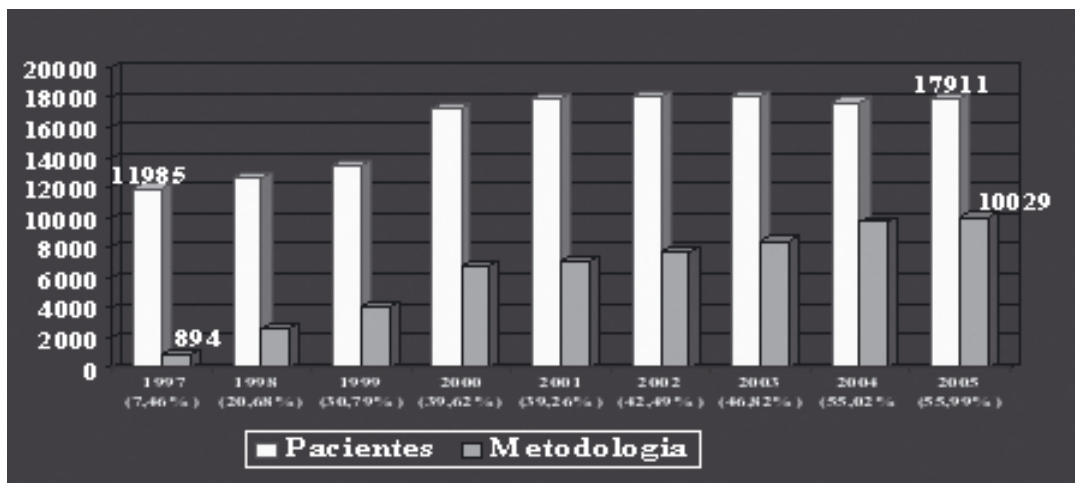
follow-up dell'impianto.

follow-up dell'osservanza della documentazione - Indicatori di registro.

monitoraggio delle variazioni.

analisi e valutazione dei risultati.

studi d'impatto.



Indicatori clinici

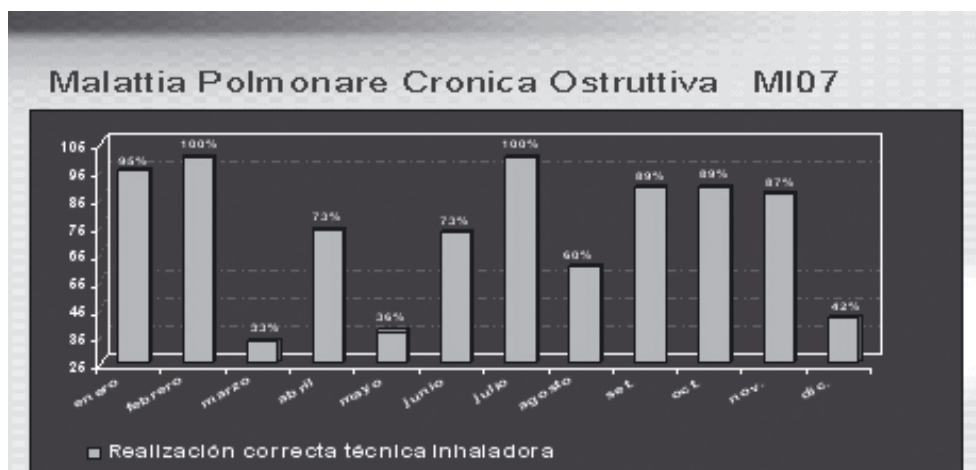
Malattia Polmonare Cronica Ostruttiva MI07

Pazienti assistiti è 557

Pazienti con TC è 352

Pazienti valutati è 266 **75,57 %**

Indicatore: *Corretta realizzazione della tecnica di inalazione.*



Gestione dei risultati

Malattia Polmonare Cronica Ostruttiva MI07

Formazione ai professionisti

Elaborazione poster sull'uso degli inalatori per i professionisti.

Elaborazione della guida di uso degli inalatori indirizzata al paziente.

Sistemi di Informazione

Sito informatizzato a disposizione di tutti i dipendenti.

Traiettorie informatizzate (percorsi clinico-assistenziali)

Tutti i referti trasmessi con computer

Prescrizione medica informatizzata

Amministrazione farmaci informatizzata

Piano di accoglienza

Obiettivo:

Facilitare l'integrazione dei nuovi professionisti nel CSDM

Metodologia

Giornata annuale d'integrazione ? Nuovi contratti

Contenuti della giornata

Presentazione CSDM

Modello organizzativo, funzioni

Spiegazione di ciò che l'organizzazione si aspetta da loro

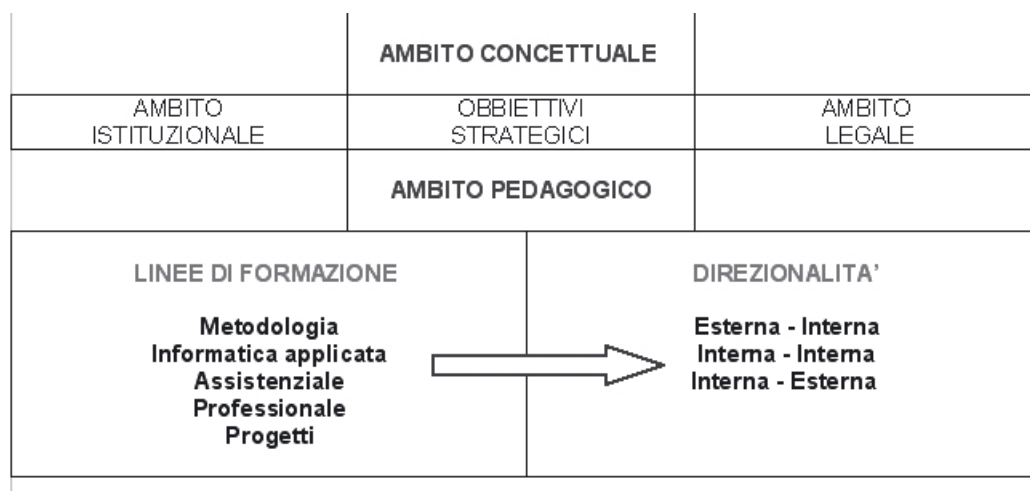
Metodologia del lavoro

Percorsi, documentazione ed applicazioni informatiche

Tema da mettere in evidenza in quell'anno (es.: Privacy, lavaggio delle mani)

Corso di SVB

Piano di formazione



Giorno **20 aprile 2007** pomeriggio – **Visita ad un Centro Catalano di Salute Primaria**

Referente: Infermiera **Miria Balaguer**
(Responsabile infermieristica del CAP di Maragall)

Centro di Salute Primaria (CAP) Maragall.

Durante la visita realizzata presso il Centro di Salute Primaria (CAP) di Maragall, nel centro di Barcellona, siamo stati accolti dall'infermiera responsabile della gestione dell'assistenza presso il CAP, Miria Balaguer, che ci ha presentato l'impostazione organizzativa del Centro stesso. Per la descrizione dell'impostazione organizzativa del Centro di Salute Primaria, si rimanda a quanto già in precedenza delineato per il CAP di uno dei distretti di Barcellona, quello di DRETA BCN.

Successivamente ci siamo incontrati con un'infermiera che ci ha esposto nell'insieme le attività che concretamente vengono realizzate dal gruppo infermieristico. Di seguito si espone quanto emerso dal dibattito e il testo della relazione presentata.

Gli infermieri del CAP sono impegnati nel realizzare attività nell'ambito della promozione ed educazione sanitaria.

Educazione sanitaria

Attività di prevenzione sanitaria nella popolazione

Gli ambiti della promozione sanitaria sono:

- bilanciamento della dieta
- movimento ed esercizio fisico
- fumo ed abuso di alcool

Realizzazione e controllo delle vaccinazioni (tetano, influenza, meningite, ...)

Attività di prevenzione sanitaria nei bambini

I programmi di assistenza infermieristica pediatrica includono:

- educazione sanitaria
- controllo del livello di sviluppo dell'accrescimento
- controllo delle vaccinazioni

Assistenza infermieristica in pazienti cronici

ipertensione
diabete
ipercolesterolemia
asma
demenze

Assistenza infermieristica in pazienti acuti

educazione sanitaria
rimozione delle suture

prevenzione e trattamento delle lesioni da decubito
medicazioni
gestione delle terapie sottocutanee ed intramuscolari
bendaggi

Educazione, supervisione e rassicurazione/rinforzo in cure speciali

supporto relazionale/counselling
accompagnamento in situazioni difficili di sofferenza e dolore
prelievi ematici

PROGRAMMA di VISITE a DOMICILIO

PAZIENTI CRONICI

accertamento dello stato di salute
educazione alla famiglia sull'assistenza da erogare
prevenzione degli incidenti domestici
assistenza al paziente allettato
realizzazione regolare con cadenza di controlli/monitoraggi (es.: esami ematochimici)

RUOLO dell'INFERMIERE NELLA COMUNITA'

Attività di prevenzione dei rischi per la salute

campagna di prevenzione dell'influenza Prevention Flu Campaign
prevenzione nella popolazione anziana degli squilibri alimentari

Educazione sanitaria

Programma di educazione sanitaria nelle scuole

coinvolgimento della scuola primaria e secondaria (attenzione particolare nel colpire con gli argomenti di particolare interesse e coinvolgimento dei giovani)

Incontri informativi per diffondere l'educazione sanitaria alla popolazione

Si realizzano nelle chiese, nei Club di associazioni, negli oratori, nei centri anziani, ecc.

Educazione sanitaria/Attività di prevenzione dei rischi rispetto a particolari problemi di salute

Sessioni di gruppo per specifici problemi
Controllo in gruppo dell'ansia
Insegnamento per il paziente diabetico

In questi ultimi anni molto i programmi regionali sanitari catalani hanno stimolato e coinvolto in molte iniziative gli infermieri per implementare gli interventi di educazione sanitaria alla popolazione nel territorio e negli ambiti di vita e di lavoro. Questo ha fatto nascere l'esigenza di una specializzazione come infermiera di comunità. Stanno lavorando su questa prospettiva speran-

do che questo aiuti nel dare una più specifica e pertinente competenza per operare nel territorio.

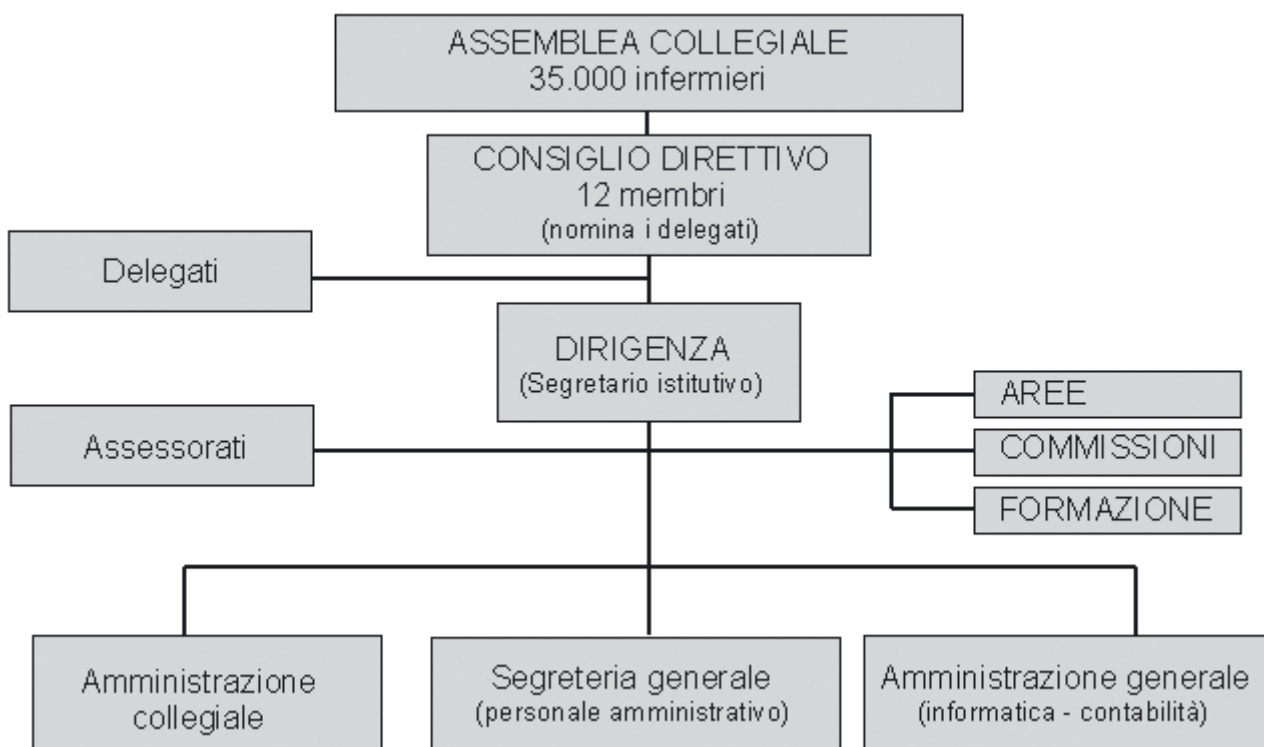
Giorno 21 aprile 2007 – Visita al Collegio Infermieri di Barcellona e Conferenza su “Il ruolo dell’Infermiere, responsabilità e funzioni: il contesto normativo degli infermieri nel Sistema Sanitario Spagnolo e Catalano

Referente: Infermiera **Mariona Creus Virgili**
(Presidente del Collegio degli infermieri di Barcellona)

Durante la visita realizzata presso il Collegio Professionale degli infermieri di Barcellona (COIB), la Presidente **Mariona Creus Virgili**, ci ha presentato una relazione descrivendo inizialmente la struttura del Collegio stesso, per poi proseguire con l’esposizione delle attività di difesa, promozione e sviluppo della categoria professionale infermieristica. Di seguito si espone quanto emerso dal dibattito e il testo della relazione presentata.

Il **Collegio Professionale degli Infermieri di Barcellona (COIB)** è un organismo di diritto pubblico, ha una struttura democratica che difende gli interessi della professione e dei suoi iscritti e si incarica dell’iscrizione professionale per l’esercizio della professione.

Organigramma del Collegio Professionale degli Infermieri



Funzioni del Collegio Professionale degli infermieri (COIB):

- rappresentanza della categoria professionale infermieristica
- iscrizione all’Albo per consentire l’esercizio professionale
- associazionismo
- partecipazione a organizzazioni che si occupano di attività scientifiche e professionali

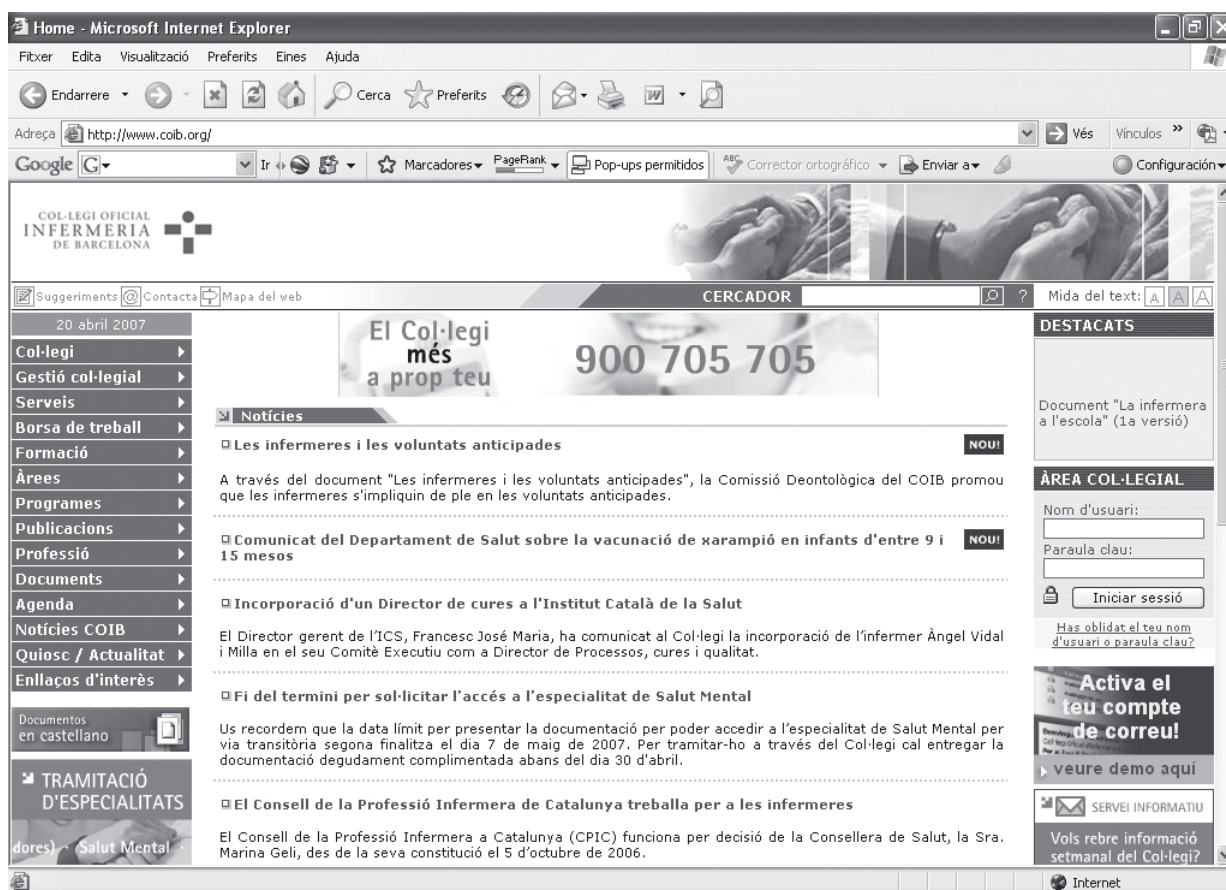
organizzazione delle attività che sono a servizio degli iscritti al Collegio
promozione sociale della professione infermieristica
assumere impegni delegati dall'Amministrazione

Organi di partecipazione al COIB:

area di gestione della Salute Mentale
area per lo sviluppo professionale: Commissione per la Gestione autonoma, Commissione delle Associazioni
area per l'Esercizio Professionale: Commissione Deontologica, Prescrizione infermieristica, Terapie Naturali, Nuovi campi professionali
area degli Studi, Formazione e Infermieristica Legale
area Sociale: Commissione della Salute Sociale, Gruppo 65
area della Cooperazione

Quali servizi offre il Collegio?

informazioni ed orientamento agli iscritti
programmi di Formazione Continua
borsa di lavoro - Area esclusiva
direzione de correo corporativo gratuita
programma di reinserimento lavorativo (in caso di infermieri con problemi di dipendenze, o di natura psichiatrica, ...)
ufficio per lo scambio professionale internazionale
servizio per la Responsabilizzazione Professionale
polizza per la responsabilità Civile
polizza contro le agressioni fisiche e verbali durante l'attività lavorativa
biblioteca e documentazione varia
aula Informatica
servizi accessori:
Tecnici: proprietà intellettuali, nuove iniziative, protezione di dati informatici
Professionali: redazione di lavori scientifici, consulenza sulla responsabilità professionale, ricerca, formazione



Nel quadro della struttura, obiettivi e funzioni, su menzionate, svolte dal Collegio, oggi si sta lavorando tenendo conto anche dei cambiamenti professionali che gli infermieri stanno vivendo in tutti i paesi del mondo, prevalentemente occidentale. I Collegi Professionali sono stati vincolati, tra l'altro, ad aspetti sociali, economici e demografici.

Nel caso della Spagna sono stati fortemente influenzati anche dalla situazione politica. Dalla fine della Guerra Civile sino agli anni settanta, l'ideologia imposta dalla dittatura e l'isolamento del paese ha fatto sì che l'infermieristica non si sviluppasse allo stesso ritmo di quella delle altre nazioni del nostro ambito. Soprattutto per quanto riguarda la formazione e l'autonomia professionale.

Sino alla fine degli anni cinquanta, in cui è avvenuta l'unificazione, c'erano due profili formativi e professionali ben differenziati: un modello con profilo di aiutante medico: gli assistenti di medicina, formazione che realizzavano soprattutto gli uomini e che era integrata nella Facoltà di Medicina.

E un profilo più infermieristico, con una formazione che è stata durante anni nelle mani della Sezione Femminile della Falange, il partito della dittatura e degli ordini religiosi dell'epoca. Tutto ciò ha contribuito a creare, durante questi anni, dei professionisti molto dipendenti da un'altra professione e che avevano come valori prioritari la carità cristiana, la cortesia e l'obbedienza più che la professionalità.

La formazione di Aiutante Tecnico Sanitario, che ha avuto inizio al principio degli anni sessan-

ta, con una formazione di tre anni, di grado medio; formava buoni professionisti, ma aveva un profilo essenzialmente tecnico e come aiuto di un'altra professione.

Sino alla metà degli anni settanta la professione infermieristica era svolta prevalentemente da monache, con titolo o senza.

Nel 1977 si produce un cambio radicale, con l'introduzione del diploma di laurea, ottenibile dopo tre anni di studi, e soprattutto per l'inserimento della formazione nell'Università, che equipara la formazione a quella del resto del primo mondo e in base a questa formazione l'infermieristica si consolida come una professione autonoma.

Questa non sarà una decisione di planning sanitario, né una decisione accademica, ma sarà frutto della pressione della stessa professione in un ambito di pre-rivolta sociale nel momento della transizione politica. Non si sviluppa, però nello stesso periodo, il secondo ciclo universitario, cioè la laurea e il master. Sino ad oggi, 2006, dobbiamo prendere atto che non ha avuto inizio l'attivazione della laurea (laurea e master) considerando gli accordi di Bologna, nell'ambito dello spazio europeo, che certamente soporrà un altro cambio radicale, nel progresso professionale e sociale della professione infermieristica.

La proposta che gli infermieri presentano prevede che il percorso formativo abbia una durata di quattro anni, incluso un anno di formazione pratica. Anche nell'ambito professionale si stanno aprendo porte che sono state chiuse per anni. Sino ad ora avevamo due specialità: ostetrica e infermiera di ospedale psichiatrico, mentre adesso si aggiungono nuove specializzazioni: Geriatria, Lavoro e Salute del lavoro, Medicina generale, Chirurgia, Infermiera di famiglia e di comunità e Pediatria.

Durante questo anno molte infermiere, sia di ambito docente che clinico assistenziale, hanno già realizzato il secondo ciclo universitario in altre discipline accademiche, in quanto non è possibile realizzare una laurea di secondo livello in infermieristica. Approssimativamente un 10% delle infermiere, circa 4.000, hanno lauree e master in altre materie: sociologia, psicologia, pedagogia,... e continuano a professare come infermiere.

Tutto ciò in una collettività in cui l'89 % sono donne, con pochissime possibilità di promozione nell'ambito di lavoro, soprattutto in Catalogna, in cui tutti gli ambiti assistenziali sono saturi, quando non collassati, si deve riconoscere che le infermiere stanno facendo uno sforzo realmente importante.

C'è anche un altro collettivo importante e numeroso, costituito dal personale ausiliario che aiuta le infermiere, soprattutto nell'ambito ospedaliero e socio-sanitario. Per anni questo collettivo non ha avuto una formazione omologata, ma attualmente la sua preparazione è molto buona e se ne dovrà definire bene il ruolo nel futuro ma questo è ancora un tema in sospeso.

Nel 2005 il Collegio delle Infermiere di Barcellona ha realizzato un'inchiesta sociologica per sapere quale era la situazione delle infermiere e come vorrebbero essere.

Le infermiere sono il 48.4% del personale sanitario della Catalogna (libro bianco). In Catalogna la percentuale attuale è di 5,4/1000 abitanti. Secondo gli standard europei, dovrebbero essere almeno 8,25/1000 abitanti (libro bianco). Attualmente il deficit di infermieri è di 2.000 e tra 15

anni sarà di 6.000 solo nella provincia di Barcellona. Nei prossimi 15 anni lasceranno la professione per motivi di età 5.500 infermiere (20%). E nel nostro paese la richiesta di cure cresce vertiginosamente, mentre l'interesse delle giovani di studiare infermieristica tende a diminuire anche se lentamente ma progressivamente. Ci sono anche molte infermiere spagnole che vanno a lavorare in altri paesi europei (in particolar modo Francia, Regno Unito e Italia, che apprezzano la magnifica preparazione delle nostre infermiere e che offrono loro migliori condizioni di lavoro e un'esperienza interessante). La maggior parte della popolazione professionale è di sesso femminile (89%) e la tendenza è verso una ancora maggiore femminizzazione. La fascia maggioritaria di età delle infermiere si colloca tra i 35 e i 43 anni, prevalentemente con figli a carico. Tutti questi elementi assieme fanno sì che la dotazione attuale di risorse infermieristiche si trovi molto al disotto delle necessità o, detto in un altro modo, che il nostro collettivo sta assumendo una pressione assistenziale molto forte.

La precarietà lavorativa è uno dei principali problemi che ha attualmente la professione infermieristica nel nostro paese (Spagna). Il 30% delle infermiere giovani ha un contratto precario.

Secondo la nostra inchiesta l'implicazione professionale e l'impegno etico delle infermiere e degli infermieri catalani è molto alto:

l'85% si sente competente per occupare posizioni di maggiore responsabilità e il 70% le vuole assumere;

il 96% vuole un maggior ruolo di consulenza nella salute e nel benessere delle persone;

l'81% crede di non avere capacità d'influenza nella politica organizzativa.

L'infermieristica in Catalogna ha delle caratteristiche proprie che non vanno vincolate allo sviluppo generale spagnolo. La riforma dell'assistenza primaria ha supposto un cambio radicale del ruolo professionale in quest'ambito, incorporando aspetti nuovi come la promozione della salute, l'educazione sanitaria comunitaria e l'assistenza a domicilio. L'inserimento delle direzioni d'infermieristica negli ospedali ha supposto uno sviluppo professionale importante:

l'incremento della formazione continua;

la standardizzazione delle cure;

l'incentivazione della ricerca, ecc.

e anche un maggior livello di soddisfazione da parte delle infermiere, giacché ne aumentava l'autonomia professionale. Malgrado i risultati positivi che ha dato questo sistema organizzativo, alcuni dirigenti lo continuano a discutere. Molti studi, tra cui quelli degli ospedali magnet, realizzato dagli americani, ci dimostrano che un'organizzazione d'infermieristica autonoma migliora chiaramente i risultati assistenziali.

Lo sviluppo degli ospedali regionali ha permesso alla Catalogna uno sviluppo professionale meno burocratico e più moderno delle strutture organizzative rispetto alle comunità autonome in cui la sanità è costituita solo dal settore pubblico. Infine, l'ambito legale moderno (L.O.P.S. Nov. 2003), che regola l'ordinamento delle professioni sanitarie a livello di stato ha favorito la professionalizzazione degli infermieri e ne definisce l'autonomia professionale.

Dice testualmente:

Competono ai diplomati in infermieristica la prestazione delle cure o dei servizi propri della loro competenza professionale.

Spettano alle infermiere la direzione, valutazione e prestazione delle cure.

L'esercizio delle professioni sanitarie si porterà a termine con piena autonomia.

Anche se questo regolamento obbliga legalmente, questo non è stato ancora assunto appieno dai nostri gestori, ma non c'è dubbio che si dovrà assumere.

Qual è l'attuale situazione della professione infermieristica in Catalogna?

In Catalogna siamo più di 40.000 professionisti, ma occupiamo solo il settimo posto tra le nazioni d'Europa nel rapporto "infermiera per abitante", tre punti al disotto degli standard europei. La situazione attuale è ambivalente, da una parte viene svolta un'attività giornaliera con molte difficoltà, con la pressione assistenziale, la mancanza di visibilità e di riconoscimento, la difficoltà di svolgere la professione come vorremmo e sappiamo fare, le condizioni di lavoro difficili, soprattutto per le infermiere giovani, dall'altra parte siamo adesso una professione con molti progetti incamminati (laurea, specializzazioni,...) che quando si svilupperanno e si consolideranno potranno dimostrare un progresso professionale molto grande.

I settori in crescita della domanda di cure infermieristiche sono l'assistenza a domicilio, l'assistenza comunitaria, l'assistenza socio-sanitaria, le cure palliative e la salute mentale nella cronicità.

Gli ospedali in questo momento sono uno dei settori più critici, per la grande pressione assistenziale e la grande frequenza di urgenze che hanno gli ospedali in Spagna. Gli spagnoli hanno molto l'abitudine di andare direttamente all'ospedale.

C'è un altro settore molto critico, l'ambito socio-sanitario che per il proprio sviluppo ha bisogno di molte infermiere, ma attualmente le condizioni di lavoro che si offrono in questo settore sono molto cattive.

ASPETTI PROFESSIONALI:

Uno degli aspetti che ci preoccupa è di rendere più visibile ciò che facciamo, ciò che sappiamo fare e ciò che potremmo fare come infermiere. Dobbiamo riuscire ad avere la complicità della gente, ma non ci siamo ancora riusciti. Ci piacerebbe avere una complicità maggiore, come le nostre colleghe canadesi, che per le infermiere catalane sono da anni un vero punto di riferimento a livello professionale.

La nostra categoria professionale è preoccupata per le risorse disponibili nel momento attuale e in un futuro immediato. Dato che la domanda aumenta e il numero di infermiere tende a diminuire per vari motivi: accademici, lavorativi, di prestigio, di femminizzazione, ecc., se non si corregge questa tendenza, si può mettere in pericolo la qualità del nostro sistema di salute. Le condizioni di lavoro non sono molto buone, un terzo delle infermiere guadagna meno di 1200 euro al mese. Il settore sociosanitario è quello più critico, con un salario medio di 1000 euro al mese. Ed è un lavoro molto duro, in rapporto ai valori attuali dei nostri giovani.

L'immagine che ha la società, che riflettono i mezzi di comunicazione, normalmente non corrisponde al profilo della professione. Le inchieste valutano l'infermiera in modo molto positivo,

ma molte volte a partire da un'immagine che non è più quella attuale. Colpiscono di più aspetti quali l'attenzione e la cortesia anziché la professionalità dell'infermiere, e che corrispondono ad un vecchio stereotipo, e ciò nel nostro paese deve essere corretto. Le nostre istituzioni non hanno ancora integrato sufficientemente il valore dell'aver cura. Siamo molto presi dalla diagnosi e dal trattamento e poco preoccupati per il livello di cure.

Si deve conoscere meglio l'apporto delle infermiere e soprattutto quello che possono fare. Siamo certi che ciò deve ancora cambiare molto.

Probabilmente legato al fatto che si tratta di una professione prevalentemente femminile, la presenza e l'influenza delle infermiere a livello strategico e politico sono molto basse. E sappiamo che questa opinione è condivisa dai nostri colleghi di tutto il mondo.

Nell'ambito dell'assistenza primaria le infermiere stanno apportando molto, soprattutto nell'assistenza a domicilio, che è un aspetto in cui ci sono molti progetti di miglioramento. È un ambito molto attraente per le infermiere, se si dispone delle risorse necessarie.

Una domanda delle infermiere catalane, con il supporto del nostro Assessore alla Salute, è quella di poter prescrivere i prodotti farmaceutici che utilizza nel proprio ruolo autonomo. Ciò supporrebbe una semplificazione della burocrazia e la razionalizzazione della spesa. Però disgraziatamente dipende dal Governo Centrale e per il momento non è ancora possibile.

A livello dell'assistenza primaria si è avanzato in molti aspetti grazie al volontariato e alla collaborazione altruistica delle infermiere. Adesso si devono però consolidare le strutture formali, soprattutto per quanto riguarda l'organizzazione e la leadership formale.

In Spagna quasi non c'è la cultura della libera professione. La maggior parte delle infermiere sono stipendiate e lavora nel settore pubblico. Ciò potrebbe cambiare, giacché ci sono infermiere che iniziano a prospettarsi l'idea di mettersi in proprio, soprattutto nell'ambito della terapie naturali.

Nei nostri ospedali il numero di infermiere è insufficiente per dare risposta alla grande pressione assistenziale che sopportano, e ciò preoccupa il collettivo e i nostri politici, che lo devono risolvere. Le infrastrutture ospedaliere, molte volte obsolete, hanno ostacolato il corretto esercizio della professione. Speriamo che l'attuale progetto di investimenti migliori le condizioni di lavoro.

In Spagna ha avuto inizio, anche se timidamente, una flessibilizzazione degli orari di lavoro, che nel caso della nostra categoria professionale è imprescindibile per lo svolgimento della professione e per poter conciliare l'attività professionale con la vita sociale e familiare. Le infermiere catalane curano ancora direttamente i genitori anziani, i figli e a volte i nipoti.

L'ambito socio sanitario è molto proprio dell'infermieristica, nella maggior parte delle nazioni, in cui le infermiere si sentono specialmente soddisfatte da un punto di vista professionale, in un ambito che permette di sviluppare il ruolo autonomo. Però la presenza di professionisti in quest'ambito è molto scarsa, per differenti motivi, ma principalmente per il salario. C'è il rischio che si inserisca personale senza qualificazione, come sta già succedendo attualmente.

CONCLUSIONI

Le infermiere intendono che in una società matura come la nostra è imprescindibile la corresponsabilità e l'impegno delle persone nel proprio processo di salute. Per questo si deve stimolare l'autocura. E per le infermiere ciò fa parte della loro attività professionale. Le organizzazioni si devono adeguare alla realtà della domanda e, pertanto, favorire lo sviluppo del ruolo autonomo dell'infermiera, in un ambito d'interrelazione e di collaborazione con gli altri professionisti della salute.

L'amministrazione catalana e le organizzazioni hanno la sfida di garantire le infermiere necessarie per soddisfare la richiesta di cure dei cittadini e vegliare per un'occupazione stabile e di qualità, eliminando l'instabilità, migliorando le condizioni di lavoro ed evitando l'emigrazione di molti professionisti giovani in altre nazioni. Noi infermiere dobbiamo far sì che il nostro lavoro sia sempre più visibile e riconosciuto, che tutti sappiano che cosa facciamo, che cosa speriamo di raggiungere nel futuro, maggiore visibilità sociale. Malgrado tutto, non siamo né vogliamo essere una professione tutelata, né abbiamo bisogno d'intermediari davanti alla società.

Attualmente l'Assessorato alla Salute ha un discorso politico molto chiaro: è necessario stimolare il protagonismo dell'infermiera, questo discorso ha generato molto entusiasmo e molta aspettativa. Le infermiere catalane in questo momento sono in attesa che questa dichiarazione d'intenti si vada concretizzando in fatti ed azioni specifiche. Intendiamo che i cittadini abbiano il diritto ad una buona assistenza e senza infermieri, o con pochi infermieri, questo è impossibile.

La nostra storia professionale è stata marcata prima dalla tappa politica corrispondente alla dittatura, quindi dalle vicissitudini della transizione e, nel momento attuale, da diversi aspetti: quello di essere una professione ancora giovane e di condividere lo spazio professionale con professionisti molto potenti e con una lunga tradizione. Il fatto di essere una professione prevalentemente femminile non ci favorisce, ma fortunatamente in Spagna la situazione delle donne sta cambiando molto, e ciò aiuterà la nostra professione.

La domanda di cure s'incrementa, come avviene in tutti i paesi europei, e ciò farà sì che la nostra professione sia sempre più necessaria. Uno dei problemi che devono affrontare le organizzazioni professionali è di trasmettere agli infermieri i progressi che ha fatto e che sta facendo la nostra professione nel complesso. Ciò non è sempre facile, giacché come ho già detto giorno per giorno nel livello assistenziale è sottoposta ad una pressione molto forte e dispone di un organico e di mezzi insufficienti. In questa situazione trasmettere entusiasmo è difficile. Le infermiere catalane sono in genere ottimiste ed è evidente che se sinora abbiamo avuto la capacità di andare avanti (e in ciò non ci ha mai aiutato nessuno), a maggior ragione potremo continueremo a farlo adesso.

QUESITI

di Luigino Schiavon

Ai sigg.ri
Direttori Generali
Direttori Sanitari
Responsabili servizi infermieristici

Si riscontra alle segnalazioni pervenute a questo Collegio, premettendo che la complessità nella definizione del parere è dovuta alla molteplicità dei richiami normativi esistenti in merito. Inizialmente la formazione ed il rilascio del diploma abilitante dell'Assistente sanitaria Visitatrice avveniva nel rispetto delle norme di cui al Regio Decreto 21-11-1929 n. 2330 sulla "Approvazione del regolamento per l'esecuzione del R. decreto-legge 15 agosto 1925, n. 1832, riguardante le scuole-convitto professionali per infermiere e le scuole specializzate di medicina, pubblica igiene ed assistenza sociale per assistenti sanitarie visitatrici" il quale titola la sezione I Delle infermiere diplomate, disciplinando all'art. 136 le assistenti sanitarie visitatrici e statuendo che alle scuole specializzate di queste si accedeva con il requisito del diploma di infermiere professionale.

Il diploma ASV era abilitante all'esercizio di prestazioni specializzate nel campo dell'igiene urbana e in quello della profilassi delle malattie infettive in genere, e delle malattie sociali. Coerentemente con le disposizioni del RD 21-11-1929 n. 2330 che statuivano il possesso del diploma di infermiere professionale per accedere alla scuola per ASV, il DPR 14/3/1974 n. 225 "Modifiche al regio decreto 2 maggio 1940 n. 310 sulle mansioni degli infermieri professionali e infermieri generici" inseriva al titolo IV, art. 5 le mansioni degli Assistenti sanitari richiamando, per alcune attività, le mansioni dell'infermiere professionale con specifico riferimento agli interventi e alle tecniche infermieristiche.

Il Decreto Legislativo. 30-12-1992 n. 502 sul Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della L. 23 ottobre, 1992, n. 421, e successive modificazioni, disciplina con l'art. 6, comma 3, la formazione delle attuali professioni sanitarie e modifica radicalmente il sistema formativo preesistente.

Il Decreto Legislativo. 30-12-1992 n. 502 afferma che: "Il Ministro della sanità individua con proprio decreto le figure professionali da formare ed i relativi profili" e aggiunge che "il relativo ordinamento didattico è definito, ai sensi dell'art. 9 della legge 19/11/1990 n. 341, con decreto del Ministro dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica emanato di concerto con il Ministro della sanità".

La succitata normativa, indicando l'individuazione delle figure professionali da formare e la definizione dei relativi profili, includeva la possibilità di una diversa configurazione e quindi di un diverso inquadramento delle figure preesistenti e della loro collocazione secondo i vecchi parametri normativi.

In base a tali disposizioni con Decreto Ministeriale 17 gennaio 1997 n. 69 è stato emanato il Regolamento concernente la individuazione della figure e relativo profili professionale dell'Assistente sanitario.

Tale decreto all'art. 1 così recita:

1. È individuata la figura professionale dell'assistente sanitario con il seguente profilo: l'assistente sanitario è l'operatore sanitario che, in possesso del diploma universitario abilitante e dell'iscrizione all'albo professionale, è addetto alla prevenzione, alla promozione ed alla educazione per la salute.

2. L'attività dell'assistente sanitario è rivolta alla persona, alla famiglia e alla collettività; individua i bisogni di salute e le priorità di intervento preventivo, educativo e di recupero ".

La successiva legge 26 febbraio 1999 n. 42 sulle Disposizioni in materia di professioni sanitarie all'art. 1 al comma 2 dichiara che il campo proprio di attività e di responsabilità delle professioni sanitarie di cui all'articolo 6, comma 3, del decreto legislativo 30 dicembre 1992 n. 502, e successive modificazioni e integrazioni, è determinato dai contenuti dei decreti ministeriali istitutivi dei relativi profili professionali e degli ordinamenti didattici dei rispettivi corsi di diploma universitario e di formazione post-base nonché degli specifici codici deontologici, fatte salve le competenze previste per le professioni mediche e per le altre professioni del ruolo sanitario per l'accesso alle quali è richiesto il possesso del diploma di laurea, nel rispetto reciproco delle specifiche competenze professionali.

Il D.M. 27 luglio 2000 sull'Equipollenza di diplomi di attestati al diploma universitario di assistente sanitario, ai fini dell'esercizio professionale e dell'accesso alla formazione post-base dispone che i diplomi di Assistente sanitaria visitatrice - ex RD 21/11/1929 n. 2330 - sono equipollenti, ai sensi dell'art. 4, comma 1, della legge 26 febbraio 1999 n. 42, al diploma universitario di assistente sanitario, di cui al decreto 17 gennaio 1997, n. 69 del Ministro della sanità, ai fini dell'esercizio professionale e dell'accesso alla formazione post-base.

La legge 10 agosto 2000 n. 251 sulla Disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione nonché delle professioni ostetrica completa il disegno normativo inerente le professioni sanitarie. L'art. 6 della citata legge titolato Definizione delle professioni e dei relativi livelli di inquadramento al primo comma così dispone: "Il Ministro della sanità, di concerto con il Ministro dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica, acquisiti i pareri del Consiglio superiore di sanità e del comitato di medicina del Consiglio universitario nazionale, include le diverse figure professionali esistenti o che saranno individuate successivamente in una delle fattispecie di cui agli articoli 1, 2, 3 e 4."

I citati articoli individuano quattro tipologie specifiche: 1. Professioni sanitarie infermieristiche e professione sanitaria ostetrica; 2. Professioni sanitarie riabilitative; 3. Professioni tecnico-sanitarie ; 4. Professioni tecniche della prevenzione.

Il Decreto interministeriale di cui all'art. 6 della legge 251/00 viene emanato in data 29/3/2001 con il seguente titolo: "Definizione delle figure professionali di cui all'art. 6, comma 3, del D.Lgs. 30 dicembre 1992 , n. 502, e successive modificazioni, da includere nelle fattispecie previste dagli articolo 1, 2, 3, e 4, della L. 10 agosto 2000, n. 251 (art. 6, comma 1, L n. 25112000) "

L'art. 5 del citato decreto afferma "Nella fattispecie professioni tecniche della prevenzione sono incluse le seguenti figure professionali: a. tecnico della prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro; b. assistente sanitario".

Da quanto su riportato emerge ope legis la sottrazione della figura dell'assistente sanitario dal genere "professioni sanitarie infermieristiche" e l'inclusione in quella delle "professioni tecniche della prevenzione".

Anche in conseguenza di tali decreti viene modificata la normativa relativa alla formazione.

Il DM 2/4/2001 sulla "Determinazione delle classi delle lauree universitarie delle professioni sanitarie ", in adeguamento a tutta la recente normativa ed in particolare alla legge 251/2000 e al DM 29/3/2001, colloca la professione dell'assistente sanitario nella Classe 4 delle Professioni sanitarie della prevenzione.

Premesso quanto sopra è possibile ricavarne alcune considerazioni.

La figura ed in percorso formativo dell'Assistente sanitario prevede una netta distinzione con la figura e il percorso formativo dell'Infermiere delineata dal decreto ministeriale 14 settembre 1994 n. 739.

In considerazione di quanto disposto dalla legge 42/99, ovvero che il campo proprio di attività e di responsabilità delle professioni sanitarie è determinato dai contenuti dei decreti ministeriali istitutivi dei relativi profili professionali e degli ordinamenti didattici dei rispettivi corsi di diploma universitario e di formazione post-base nonché degli specifici codici deontologici, risulta evidente che gli Assistenti sanitari formati secondo l'attuale percorso formativo a mente del rispettivo profilo DM 69/97 non hanno definizione giuridica né formativa per eseguire alcuna prestazione infermieristica.

Un breve confronto fra i due decreti ministeriali relativi alla figura dell'Infermiere e dell'Assistente sanitario, induce a proporre le seguenti osservazioni:

1. All'Infermiere è affidata l'assistenza infermieristica preventiva (art. 1 comma 2), mentre l'AS è addetto alla prevenzione (art. 1 comma 1). La differenza letterale dà luogo alla differenza semantica dalla quale si deriva che all'IP compete il rapporto diretto con i soggetti della prevenzione, mentre all'AS compete oggettivamente il controllo delle condizioni di vita. (ambientali, di lavoro, eccetera);
2. All'Infermiere compete direttamente la tutela della salute dell'individuo, come deducibile dal comma 2 dell'art. 1 per il quale "Le principali funzioni sono la prevenzione delle malattie, l'assistenza dei malati e dei disabili di tutte le età e l'educazione sanitaria "; mentre all'AS compete in via primaria la tutela della salute pubblica come deducibile dal comma 2 dell'art. 1 per il quale "l'attività dell'assistente sanitario è rivolta alla persona, alla famiglia e alla collettività; individua i bisogni di salute e le priorità di intervento preventivo, educativo e di recupero "
3. La determinazione analitica delle specifiche attribuzioni di cui ai rispettivi commi 3 induce all'osservazione che l'attività dell'IP è diretta primariamente all'assistenza diretta dell'individuo, mentre le attribuzioni dell'AS sono finalizzate alla tutela del gruppo (famiglia, collettività) senza alcun riferimento diretto all'individuo e conseguente intervento sullo stesso.
4. Il DM 14/9/1994 n. 739 - art. 1 comma 5 nel prevedere per l'infermiere la formazione post-base e quindi la formazione permanente nell'ambito della sanità pubblica - infermiere di sanità pubblica - conferma quanto su riportato e induce a sostenere che alcune prestazioni, precedentemente attribuite anche all'Assistente sanitario con pregressa formazione infermieristica - ad esempio le vaccinazioni - siano attualmente effettuabili esclusivamente dall'infermiere.
5. la legge 1 febbraio 2006 n. 43 "Disposizioni in materia di professioni sanitarie, infermieristiche, ostetrica, riabilitativa, tecnico sanitarie e della prevenzione e delega al Governo per l'istituzione dei relativi ordini professionali " prevedendo all'art. 5 comma 5 che "la definizione delle funzioni caratterizzanti le nuove professioni avviene evitando parcellizzazioni e sovrapposizioni con le professioni già riconosciute con la specializzazione delle stesse" conferma altresì quanto su riportato.

Da quanto esposto si può concludere affermando in via di principio che l'Assistente Sanitario non ha per sua natura l'effettuazione di prestazioni sanitarie dirette sulla persona pur operando per la tutela della salute dell'individuo nell'ambito di gruppi di popolazione.

In conseguenza di quanto esposto questo Collegio, sentita la Federazione Nazionale IPASVI, chiede il rispetto della normativa vigente.

Cordiali saluti.

Collegio IPASVI di Venezia
Il Presidente
Luigino Schiavon

PIANIFICAZIONE IN ADI

di AA.VV. (ADI Portogruaro)

VALUTAZIONE MONOPROFESSIONALE DEL PAZIENTE CON
SINDROME DA IMMOBILIZZAZIONE E SUO CAREGIVER A DOMICILIO: PIANIFICAZIONE
DELLA PRESA IN CARICO ASSISTENZIALE.

AA.VV.

Prima di addentrarci nello specifico ambito enunciato dal titolo di questo articolo, pare opportuno fare una piccola premessa rispetto al servizio A.D.I. ed in particolare sulle attività svolte dagli infermieri domiciliari in piena autonomia. L'assistenza infermieristica domiciliare del servizio A.D.I. ha nella grande maggioranza dei casi come suo destinatario la persona non deambulante e come presupposto perché essa possa venir attivata con una presa in carico formale, la presenza di un caregiver di riferimento. L'attività infermieristica a domicilio quindi, oltre che rispondere ai bisogni assistenziali del paziente deve comprendere anche la diretta presa in carico del caregiver di riferimento, il quale diventa la risorsa fondamentale per la garanzia di una continuità assistenziale pianificata dall'infermiere. Proprio rispetto all'ampia mole di lavoro assistenziale svolto nei due ambiti di azione professionale autonoma appena descritti, paziente con sindrome da immobilizzazione e caregivers, c'è stata da parte del gruppo infermieristico dell'A.D.I. una progressiva presa di coscienza della mancanza di esaurienti riscontri scritti e quindi di documentazione a riguardo, con la logica conseguenza di una mancanza di riconoscimento rispetto all'attività infermieristica svolta. Dal momento in cui si è scelto il modello aziendale in sanità, mentre la valutazione dal punto di vista quantitativo del lavoro infermieristico in A.D.I. si è col tempo ben definita, un rilievo qualitativo della stessa non è riuscito mai ad emergere. In risposta a questa nuova esigenza di adeguamento in senso qualitativo della presa in carico infermieristica, si è resa necessaria l'adozione di nuovi strumenti informativi che garantissero una uniformità nella compilazione del piano assistenziale rispetto alle singole problematiche e una continuità rispetto agli interventi assistenziali erogati dagli infermieri a domicilio. Per ciò che concerne la fase dell'accertamento dei dati sulla persona, in questo caso specifico il caregiver, il gruppo infermieristico ha scelto di adottare il "Modulo per il rilevamento delle capacità di presa in carico del Caregiver", una scheda di rilevazione di possibili problematiche cognitive, funzionali, socio-ambientali ed emozionali che va ad aggiungersi a quelle già di uso comune (A.D.L., i.A.D.L., Norton, Barthel,...). La scheda è servita ad integrare la già esistente cartella infermieristica per la parte riguardante il caregiver ed ha lo scopo primario di una raccolta dati da usare per la successiva fase di pianificazione di eventuali problematiche. Il lavoro svolto per definire tutta la fase della pianificazione ha avuto come base teorica di partenza il costrutto diagnostico NANDA attraverso il quale si è andati minuziosamente ad analizzare e riadattare tutte le diagnosi infermieristiche di volta in volta scelte fino ad ottimizzarle per l'uso infermieristico assistenziale a domicilio. Alla fine, rispetto al paziente con sindrome da immobilizzazione, la scelta è caduta su 10 diagnosi reali (stipsi, compromissione della mobilità,

compromissione della funzionalità respiratoria, compromessa perfusione tissutale periferica, compromissione dell'integrità cutanea/tessutale, intolleranza all'attività, alterazioni sensoriali percettive, disturbo dell'immagine corporea, senso di impotenza e nutrizione alterata [inferiore al fabbisogno]) + 1 diagnosi denominata "Sindrome da immobilizzazione" che incorpora tutti gli interventi educativi sulla persona (paziente e/o caregiver) che l'infermiere attua a domicilio e quindi si rifà alle diagnosi di rischio della stessa sindrome (rischio di: stipsi, compromissione della mobilità, compromissione della perfusione periferica, di infezione, di lesioni, di compromissione dell'integrità cutanea/tessutale, di intolleranza all'attività e di disturbo della percezione sensoriale). Le diagnosi infermieristiche scelte e riadattate per ciò che concerne le problematiche relative al caregiver sono 4: alterazione dei processi famigliari, (rischi di) tensione nel ruolo di caregiver, compromissione della comunicazione e conflitto decisionale.

La fase di lavoro successiva ha riguardato la creazione ex-novo di schede di pianificazione standard e personalizzabili; standard perché già prestampate e comprensive della maggior parte delle opzioni di scelta in tutte le loro sezioni (correlazioni, obiettivi e interventi) e personalizzabili perché la compilazione delle stesse viene adeguata alle problematiche riscontrate con la possibilità anche di aggiunte personali scritte (Fig. 1). La scelta della struttura finale che le schede hanno assunto è stata guidata principalmente dal fatto che esse dovevano riscontrare il massimo grado di accettazione da parte di tutto il gruppo di infermieri e venir introdotte nella pratica quotidiana con le minori resistenze possibili. Il sistema di compilazione delle schede ha perseguito così l'obiettivo di facilitare l'atto pianificatorio cercando di limitare la compilazione scritta alla parte anagrafica delle schede e alla valutazione degli obiettivi scelti; il resto della compilazione avviene attraverso una scelta con una "x" sulle varie opzioni a disposizione nelle varie sezioni. Gli stessi strumenti di pianificazione sono inoltre stati concepiti per garantire la continua rivalutazione del raggiungimento degli obiettivi scelti ed un maggior grado di uniformità negli interventi da svolgere che si è cercato il più possibile di far aderire ai protocolli aziendali attualmente in vigore (LdD, CVP/CVC, CV,...) e dove questi mancavano a delle procedure validate presenti in letteratura. Lo stato attuale delle cose al servizio di A.D.I. prevede la messa in pratica durante gli accessi domiciliari programmati della nuova organizzazione del lavoro assistenziale infermieristico; il gruppo infermieristico ha deciso di suddividere il territorio in 3 zone ognuna con un gruppo di 4 infermieri dedicati che ruotano, due alla volta, ogni 4 mesi. Gli accessi programmati a domicilio vengono effettuati dall'infermiere con la cartella infermieristica pianificata al seguito, al fine di poter aggiornare gli interventi di volta in volta eseguiti e valutare, nelle giornate previste, gli obiettivi pianificati.

Il gruppo infermieristico, oltre alla pianificazione standard personalizzabile della "sindrome da immobilizzazione" e del "Caregiver", ha ritenuto opportuno sfruttare il periodo di intenso lavoro per la creazione di piani standard personalizzabili relativi alle più frequenti problematiche causa di accessi domiciliari:

PEG, Digiunostomia: 3 Diagnosi Infermieristiche (D.I.) (rischio elevato di infezione, alterazione del comfort e compromissione dell'integrità tissutale)

SNG: 3 D.I. (alterazione del comfort, rischio elevato di aspirazione e rischio di compromissione dell'integrità cutanea)

Catetere Vescicale: 3 D.I. (rischio di gestione inefficace del regime terapeutico, alterato modello di eliminazione urinaria e rischio elevato di infezione)

CVC – Port – CVP – NPT: 2 D.I. (rischio elevato di infezione e rischio elevato di gestione inefficace del regime terapeutico)

Colonstomia – Ileostomia – Nefrotomia – Urostomia – Epicistostomia: 3 D.I. (rischio elevato del disturbo del concetto di sé, rischio elevato di gestione inefficace del regime terapeutico e rischio elevato di isolamento sociale)

Tracheostomia: 4 D.I. (rischio elevato di liberazione inefficace delle vie aeree, rischio elevato di infezione, rischio elevato di nutrizione alterata [inferiore al fabbisogno] e rischio elevato di gestione inefficace del regime terapeutico)

ESEMPIO PIANIFICAZIONE

- 1.PROBLEMA (sindrome da immobilizzazione, PEG; NPT, Caregiver,...)
- 2.a) TITOLO DIAGNOSI (compromissione dell'integrità cutanea/tessutale, stipsi, rischio di infezione, rischio di gestione inefficace di regime terapeutico,...)
- b) VEDI DEFINIZIONE
- c) EVIDENZIARE CORRELAZIONE
- 3.NOME, COGNOME E DATA DI NASCITA PAZIENTE
- 4.DATA PIANIFICAZIONE E FIRMA PIANIFICATORE
- 5.BARRARE CON UNA "X" L'OBIETTIVO O GLI OBIETTIVI CHE SI VOGLIONO RAGGIUNGERE
- 6.PRECISARE LA DATA ENTRO CUI SI INTENDE RAGGIUNGERE L'OBIETTIVO (15/03/2007, 30/03/2007...)
- 7.BARRARE CON UNA "X" L'INTERVENTO O GLI INTERVENTI CHE SI SONO ESEGUITI
- 8.a) DATA E FIRMA VALUTAZIONE E/O RIVALUTAZIONE DELL'OBIETTIVO (scadenza criterio temporale)
- b) SCRIVERE PER ESTESO IL NUMERO DELL'OBIETTIVO E IL RAGGIUNGIMENTO O MENO DELLO STESSO (n° 1 raggiunto, n°2 non raggiunto)
- c) PRECISARE LA NUOVA DATA DI RIVALUTAZIONE IN CASO DI NON RAGGIUNGIMENTO DEGLI OBIETTIVI (05/04/2007,...)

Le schede di pianificazione compilate vengono inserite come parte integrante della cartella infermieristica del paziente.

Autori: Stefanutto Rita, Artico Marco, Battiston Stefania, Burel Bruno, Canciani Alessandra, Da Cunha De Conti Alessia, Demo Maria, Gungolo Maria, Marson Elisa, Moro Mirka, Pizzolato Audenzio, Ronconi Crisitna, Sandron Alessandro, Sorge Giuliana, Sorgon Paolo, Vendrame Orietta.

TRAINING IN DIALISI

di L. Marchetto, P. Savini, G. Ervas

TRAINING DI UN CPS-INFERMIERE NELL'UNITA' OPERATIVA DI NEFROLOGIA E DIALISI
Luana Marchetto, Patricia Savini, Giovanna Ervas

PREMESSA:

Si tratta di un elaborato destinato all'inserimento del nuovo Infermiere in dialisi.

L'iter formativo di quest'ultimo è complesso, dovendo acquisire un bagaglio tecnologico specifico addizionato allo sviluppo di capacità relazionali e di un approccio psicologico adeguato.

L'Infermiere che lavora in dialisi è inserito in una realtà operativa che si occupa di dialisi peritoneale ed emodialisi ed offre la propria assistenza sia all'utenza ordinaria sia a quella d'urgenza ricoverata in altre unità operative dello stesso ospedale o proveniente dagli altri due presidi ospedalieri (Portogruaro e Jesolo), appartenenti alla medesima azienda.

Va precisato che per utenza ordinaria si intende pazienti che da anni sono tenuti in vita da una macchina programmata da un Infermiere.

Fino a pochi anni fa, tutto ciò si apprendeva attraverso lo studio, la trasmissione orale e la condivisione delle conoscenze e delle esperienze dei colleghi più esperti ed inclini all'insegnamento.

La conseguenza di tale forma di insegnamento, pur essendo indubbiamente valida, portava però all'esecuzione di procedure teoricamente uguali, ma praticate in modo diverso.

Tali difformità, che dal punto di vista sostanziale erano simili, creavano però insicurezza nel paziente che non si sentiva assistito in modo uniforme.

Questa constatazione e l'aumentato turn-over degli Infermieri ci ha spinti a codificare in modo scritto le singole procedure allo scopo di uniformare tutti i comportamenti; inoltre è stato prodotto un elaborato sul percorso formativo allo scopo di standardizzare l'iter formativo di tutti gli operatori dei centri di dialisi che fanno parte della nostra azienda.

La produzione di tale elaborato ha anche lo scopo di mettere a disposizione del materiale consultabile in caso di dubbi che dovessero insorgere nella attività quotidiana.

Ovvio che tale lavoro, se non è condiviso con il resto dell'equipe, arricchito in seguito dall'esperienza quotidiana e periodicamente revisionato, ben presto diverrebbe arido ed inutile.

Dal punto di vista puramente operativo, il nuovo Infermiere viene assegnato per tutta la durata dell'affiancamento ad un Infermiere esperto. Quest'ultimo, grazie alla sua esperienza ed al supporto di tale elaborato (Percorso Formativo per l'inserimento degli Infermieri), dovrà essere in grado di prepararlo e valutarlo con scadenze prefissate verificando le conoscenze scientifiche, tecniche, manuali e relazionali, che ha acquisito, con l'impegno di rivedere insieme gli obiettivi che non sono ancora stati raggiunti.

PROBLEMA:

Difformità nelle conoscenze possedute dagli Infermieri inseriti negli ultimi cinque anni

Difformità operative

CAUSA:

Maggior turn-over di Infermieri

Complessità della tipologia del lavoro e del paziente in dialisi

Monitor e modalità dialitiche sempre più sofisticate

STRUMENTI:

Questionario somministrato agli Infermieri dei tre servizi appartenenti a questa Unità Operativa (vedi allegato n°1)

Analisi dei risultati:

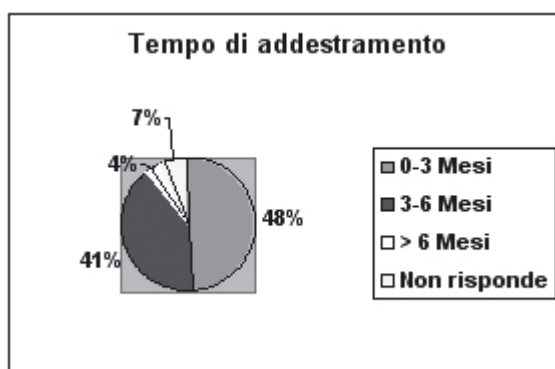


Figura 1: risultato emerso dal questionario somministrato ai tre centri.



Figura 2: dal questionario è emerso che solo il 7% ha avuto un percorso formativo personalizzato.

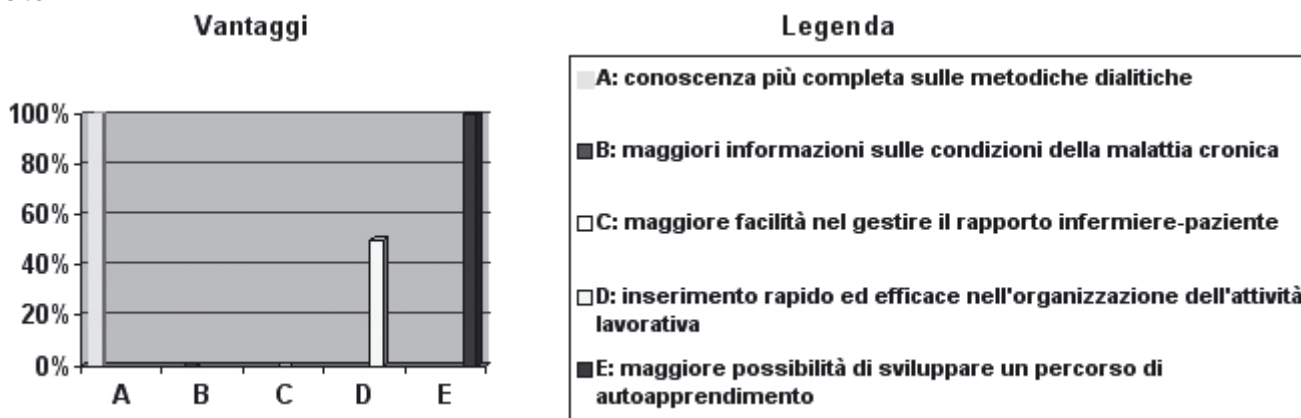


Figura 3: vantaggi emersi dal 7% del personale che ha avuto un percorso formativo personalizzato.

inoltre, il 100% degli Infermieri esprime la necessità di istituire processi formativi personalizzati.

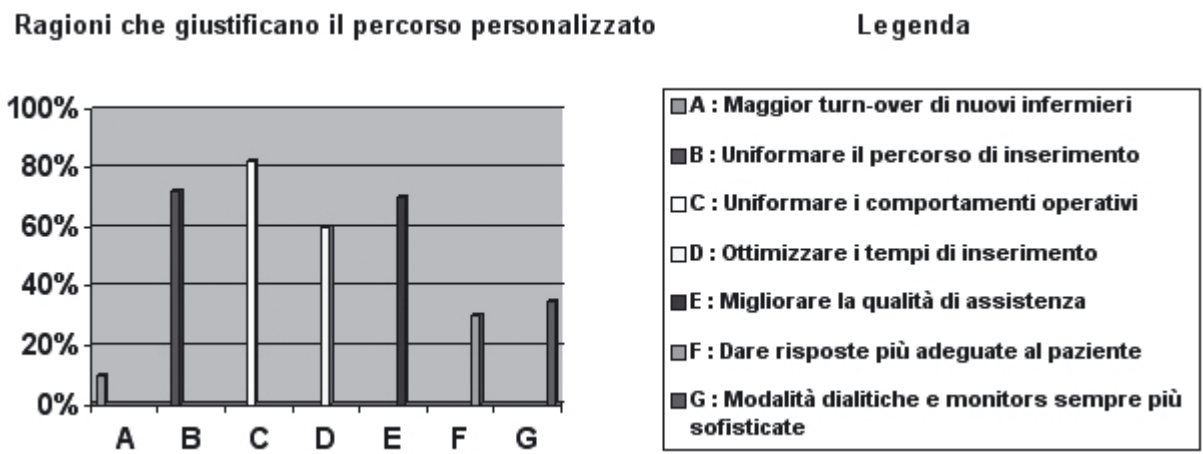


Figura 5: risultati emersi dal questionario, tenuto presente che il personale ha espresso più preferenze.

OBIETTIVI:

Strutturare ed attribuire una sequenzialità logica e ripetibile nel tempo al percorso formativo per uniformare le performance dell’Infermiere:

- linguaggio tecnico condiviso da tutti
- comportamenti operativi

Ottimizzare i tempi d’inserimento: devono essere tali da permettere autonomia e competenza nella gestione della seduta dialitica e capacità di lavorare in equipe

Dare risposte più adeguate e uniformi alle esigenze del paziente migliorandone la qualità assistenziale

Coltivare le conoscenze scientifico-professionali per mantenere vivo l’interesse e lo standard del servizio (scongiurare il burn-out)

STRATEGIE:

Stesura del protocollo d’addestramento del nuovo Infermiere e verifica dell’efficacia dello strumento che avviene attraverso l’uso sistematico dello stesso con tutti i nuovi infermieri.

RISORSE UTILIZZATE PER LA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO:

Risorse umane: n° 5 Infermieri Professionali.

Risorse materiali: un PC personale, testi di reparto a disposizione del personale (vedi bibliografia), testi personali, Internet.

Risorse economiche: personale di reparto in orario di servizio per un totale di 45 ore e 10 ore a domicilio per la lettura del materiale per ogni persona.

Materiale cartaceo, fotocopiatrice e stampante in dotazione al reparto.

CONCLUSIONI:

Ad oggi, il protocollo così strutturato è stato verificato su due Infermieri (inseriti negli ultimi sei mesi).

Ciò che abbiamo potuto verificare è che il tempo utile per la formazione non può essere inferiore ai quattro mesi, questo perché l'apprendimento dell'emodialisi con i suoi tre diversi monitor e le sei diverse tecniche dialitiche richiede una applicazione continua sui medesimi, per far sì che l'Infermiere neo inserito sviluppi sufficienti conoscenze ed adeguata manualità nell'operare e programmare la sua attività.

La realtà operativa, però, non sempre collima con le esigenze aziendali e così più spesso c'è stata la necessità di inserire come unità effettiva il nuovo Infermiere con i seguenti disagi: Incompleta formazione e rallentamento delle attività operative.

Maggior carico di lavoro per i colleghi dello stesso turno.

Maggiore esposizione ai rischi connessi alle attività assistenziali.

Va inoltre ricordato che i quattro mesi di affiancamento sono indispensabili per la conoscenza delle procedure standard (emodialisi e dialisi peritoneale), mentre l'approfondimento relativo ai trattamenti d'urgenza vengono appresi nei successivi otto mesi.

Dopo circa un anno, l'Infermiere deve raggiungere con sufficienza anche gli ultimi due obiettivi (allegati 14 e 15), per poter affrontare con adeguatezza la reperibilità.

Ricordiamo infatti che la nostra struttura è Unità Operativa Autonoma e quindi le urgenze in reperibilità sono evase unicamente in questa sede.

BIBLIOGRAFIA

ANTE (Associazione Nazionale Tecnici Emodialisi):

L'organizzazione di un servizio di emodialisi con protocolli "Inserimento dell'infermiere"

Bernardi , Masiero: Management Infermieristico anno XI, n°1/2005 "L'approccio e le competenze nella selezione, orientamento e sviluppo del personale"

Cecilia Cortese Fonsi: "Formazione Infermieristica Nursing Oggi, n°4 1996"

L. Catizone: "Guida alla dialisi" Patron Editore Bologna

M.G. Gentile, L. Ferrario: "Dietetica nelle malattie renali"

A.C. Magagnotti, S. Ambrosiani, P. Benini, R. Fiocco, F. Conti: "Manuale operativo: Percorso per l'inserimento degli operatori nel servizio di emodialisi della divisione clinicizzata di Verona". Università degli studi di Verona, Azienda Ospedaliera di Verona, Divisione di Nefrologia

Manuale operativo Bellco

Manuale operativo Gambro

Manuale operativo Hospal

Manuale operativo Hospal: Hemocontrol guida all'utilizzo del sistema

N. Di Paolo, U. Buoncristiani, E.Gaggiotti: "tecniche nefrologiche e dialitiche" Edizione BIOS

Nursin Oggi N°3 Anno V: “Inserimento del personale di nuova acquisizione”

S. Zozzini, M. Bernardi, D.Lotti, G.Mugnai, P.Poggi, P.Procaccio: “Emodialisi e dialisi peritoneale”

Edizione Mc Graw-Hill



DENTRO IL SISTEMA SANITARIO

di A. De Pieri – M.R. Boscolo

INCONTRO TRA DIRIGENTI INFERMIERISTICI, COORDINATORI DEI CORSI DI LAUREA E FEDERAZIONE DEI COLLEGI IP.AS.VI.

Sabato 27 ottobre si è svolto a Bussolengo (VR) un incontro/confronto tra comitato centrale della Federazione Nazionale Collegi IP.AS.VI., rappresentanti dei Collegi IP.AS.VI. provinciali dirigenti infermieristici e coordinatori dei corsi di laurea del nord Italia. Tale incontro si poneva come obiettivi:

- 1.garantire le informazioni relativamente alle situazioni di interesse professionale a tutti i dirigenti dell'area infermieristica (organizzazione e formazione).
- 2.individuare le criticità maggiori presenti negli ambiti dei servizi e della formazione e definire le strategie operative.
- 3.favorire l'interazione e l'integrazione tra professionisti apicali delle aree dell'organizzazione e della formazione, al fine di ottimizzare i percorsi ed i comportamenti.

Si riportano in questa occasione solo alcuni punti salienti.

La Presidente Annalisa Silvestro ha aperto i lavori con la sua solita carica positiva e propositiva, sottolineando come l'elevato numero di infermieri e la progettualità possano permettere di muoversi con forza dentro il sistema sanitario. Siamo tanti e la professione è dentro ad un sistema in cambiamento, il che significa un aumento delle complessità e la necessità di ricercare nuovi e diversi equilibri. La sfida che la federazione si pone è quella di essere riferimento autorevole all'interno del sistema sanitario. Per fare questo è necessaria una stretta collaborazione tra Dirigenti infermieristici e coordinatori della formazione, è necessario riempire di contenuti la funzione dirigenziale e di coordinamento infermieristico attraverso la formazione, e la valorizzazione delle competenze e da qui è emersa la problematicità dei percorsi universitari. Il dibattito si è soffermato molto sulla inadeguatezza dei neo laureati ipotizzando un riorientamento dei percorsi formativi ed organizzativi, per migliorare la trasferibilità delle conoscenze in competenze. L'autonomia universitaria può rappresentare un ostacolo alla formazione di professionisti che devono rispondere alle esigenze del cittadino. La Dott. Loredana Sasso afferma che delle 4600 ore di formazione universitaria 3000 sono gestite da infermieri e che quindi se sono presenti lacune abbiamo decisamente un margine dove i dirigenti possono incidere. Si deve ripensare l'infermiere partendo da dove lavora, rimodellare il ruolo professionale partendo dalla domanda: ci sono dei problemi che l'infermiere gestisce? Con quali modelli? Con quali strumenti? Con chi? Ribadisce inoltre che essere dentro l'università significa influire sulle scelte e sulle politiche perché la presenza permette di arrivare ad accordi e alla formulazione di protocolli di intesa che trovano appoggio dagli stessi professionisti, ricorda infine che c'è bisogno di ricercatori perché in futuro solo questa figura potrà accedere all'università. Il dott. Gennaro Rocco ha poi toccato alcune questioni: infermieri provenienti da altri Paesi,

master ed ECM.

per il primo punto ha parlato di due fenomeni. Il primo è che c'è la richiesta di accogliere infermieri comunitari con debito formativo, è necessario quindi che il ministero della salute definisca protocolli di intesa con l'università per definire dei percorsi per colmare tale debito. Il secondo che spesso infermieri extracomunitari necessitano di stage di inserimento. Altre questioni sugli infermieri stranieri riguardano l'equipollenza di corsi e master fatti all'estero con quelli effettuati in Italia, si dovrà valutare l'effettivo valore di corsi e master che forniscono competenze molto diverse da quelli italiani.

La federazione ha istituito un osservatorio sui master dal quale emerge che la maggior parte riguardano: didattica/formazione, geriatria, pediatria, psichiatria, sanità pubblica, management, area della medicina legale, ricerca. Corsi ancora più specialistici riguardano soprattutto l'area critica. Non tutti i corsi hanno la stessa affluenza di professionisti, anche perché i master non sono ancora valorizzati, e se non ci saranno importanti cambiamenti il rischio è quello che molti colleghi non sia attratti da un percorso formativo avanzato.

Per quanto riguarda il sistema E.C.M. vi è la necessità di un passaggio legislativo e si ci augura per la fine dell'anno un accordo in conferenza Stato-Regioni. Gli anni di sperimentazione hanno dimostrato delle lacune tuttavia è bene chiarire che è il sistema eventualmente da mettere in discussione e certamente non il fine. In linea di massima per gli anni futuri è previsto che siano Ordini e Collegi a gestire l'anagrafe che certificheranno i crediti. Verrà valorizzata la formazione aziendale. Ultima novità è che l'operatore/professionista che avrà acquisito delle capacità e competenze al di fuori dei sistemi che conosciamo, potrà auto-certificarsi, recandosi al proprio Collegio (ordine) e dimostrare il suo lavoro.

Per quanto riguarda l'organizzazione dei servizi c'è da dire che in generale le politiche ed i budget non agevolano le professioni di aiuto e la carenza di infermieri non permette l'ottimale gestione dei servizi (ed è ormai risaputo che in Italia il rapporto tra infermieri e cittadini è uno dei più bassi d'Europa). Recentemente è stato dichiarato che gli infermieri in Italia sono in aumento, questo è vero, nel senso che c'è stata una flessione positiva, ma l'affermazione si basa sul numero di iscritti al Collegio che è aumentato in virtù della legge 43/2006, legge che obbliga il professionista all'iscrizione all'albo.

I lavori della giornata si sono conclusi con soddisfazioni dei partecipanti.

Federazione e dirigenti hanno riconosciuto la necessità di confrontarsi sui temi citati, hanno condiviso la necessità di approfondire metodi e strategie per una relazione sinergica tra organizzazione e formazione al fine di migliorare la risposta infermieristica ai bisogni del cittadino-utente.

Alessandra De Pieri (1) e Maria Rosa Boscolo (2)

1 Infermiere, consigliere collegio IP.AS.VI. Venezia

2 Dirigente infermieristico ASL 14 Chioggia, consigliere collegio IP.AS.VI. Venezia

ATTIVITA' DEL COLLEGIO

di E. Labelli, M.C. Rosa

Attività del Consiglio Direttivo del COLLEGIO IP.AS.VI.

Il "PROGRESS" del Programma del Collegio IP.AS.VI.
(Provincia di Venezia)

Maria Cristina Rosa, Elsa Labelli

Cari colleghi,
un giorno, come in diverse occasioni accade, confrontandoci con una nostra collega, ci è stato suggerito di rendere più visibile l'attività del Consiglio Direttivo del Collegio IP.AS.VI.. Questo suggerimento, ritenuto da tutto il Consiglio estremamente importante, ha prodotto la sintesi che andrò di seguito ad esporvi.

Va precisato che il Consiglio Direttivo, su convocazione del Presidente, si riunisce con una periodicità mensile e con una presenza che deve sempre essere rappresentata, da statuto, dalla metà dei Consiglieri, più uno, e dal Presidente. Tali periodici incontri servono per far avanzare le incombenze del Collegio nelle seguenti attività:
routinarie (iscrizioni, cancellazioni, attività segretariali varie, procedimenti disciplinari, ecc.);
straordinarie, dove vengono discusse tematiche rivolte al Collegio relative alla politica e sviluppo della professione, in applicazione a direttive nazionali;
di attuazione e avanzamento degli obiettivi del Programma triennale che il Consiglio si è impegnato a realizzare.

Andremo ora a presentare lo stato dell'arte della situazione rispetto agli obiettivi del Programma triennale, che stiamo cercando di rendere concreti. Citeremo inizialmente gli obiettivi che il Collegio si è dato e in sintesi riporteremo ciò che allo stato attuale si è reso possibile mettere in pratica.

1. Collaborazione con la Regione

Relativamente a tale area ci si era proposti di:

1. Individuare percorsi di valorizzazione professionale oltre ogni schieramento;
2. Stimolare la presenza di infermieri all'interno della struttura regionale;
3. Presenza negli organismi di rappresentanza e studio;
4. Ruolo attivo e propositivo all'interno delle consulte;

5.Approfondimenti sugli atti normativi.

Per rendere fattibile quanto atteso al punto n. 1 è stato realizzato:

un incontro, nei primi mesi del 2007, tra l'assessore della Sanità della Regione Veneto (dr. Flavio Tosi) e il Coordinamento Regionale dei Collegi IP.AS.VI. provinciali, per discutere sul tema: "Criticità del rapporto numerico tra Infermieri e Operatori Socio-Sanitari (O.S.S.) e loro integrazione nei contesti operativi". Relativamente a questa materia la Regione sta realizzando ragionamenti programmatici e assumendo decisioni in prospettiva all'attivazione dell'Area Vasta. L'assessore, comprendendo l'importanza del confronto e della collaborazione con i professionisti per elaborare progettualità concretizzabili, ha proposto l'istituzione di un Comitato Tecnico composto dai Presidenti costituenti il Coordinamento Regionale dei Collegi IP.AS.VI., che funga da consulente tecnico. L'argomento immediatamente discusso dal Comitato, che crea particolare preoccupazione, è il fenomeno della scarsa numerosità di infermieri disponibili sul mercato del lavoro a partire dal 2008. Infatti, nell'arco dell'anno 2007 ci saranno circa 2000 Infermieri che andranno in pensione, mentre l'Università riuscirà a laurearne solo 700, il negativo quindi è rappresentato da 1300 unità. Altra questione che preoccupa, collegata alla precedente, è connessa al prossimo manifestarsi delle conseguenze dovute al numero chiuso per l'accesso alla Facoltà di Medicina e Chirurgia, per cui ne deriverà una carenza anche del personale medico. Secondo l'assessore, una possibile soluzione percorribile, per ovviare a questa situazione problematica, potrebbe essere il potenziamento delle assunzioni degli Operatori Socio Sanitari (O.S.S.), nei contesti lavorativi, per ridurre nel contempo anche la presenza sempre più numerosa di infermieri extracomunitari. La Regione, nel merito, sta raccogliendo lamentele significative sulle difficoltà che i dipendenti extracomunitari stanno creando negli ambiti dove si eroga l'assistenza (linguistiche, eterogeneità di formazione professionale, diversità di erogazione dell'assistenza, scarsi standard di competenza professionale, ...). A conseguenza di ciò, l'assessore, proporrebbe il loro ridotto inserimento nei contesti sanitari. Questa soluzione potrebbe permettere così come indicato da diversi studi, un aumento dell'autonomia degli infermieri, la valorizzazione della loro professionalità ed un allargamento delle attività realizzabili, in parte come aiuto anche alla carenza medica.

All'assessore Tosi nel frattempo è subentrata nell'incarico di assessore regionale alla salute l'On Francesca Martini con la quale si sono avuti 2 incontri, sembra vi sia uno spirito e disponibilità diversa finalmente.

Le dimissioni di Tosi hanno portato in Consiglio Regionale un infermiere, fatto storico che merita di essere sottolineato.

Per rendere fattibile quanto atteso al punto n. 3 è stata prevista:

la presenza di diversi Consiglieri alle Commissioni d'Esame di Laurea dei Corsi di Laurea in Infermieristica, dell'Università degli Studi di Padova e di Udine (Mestre).

Per rendere fattibile quanto atteso al punto n. 4 è stata prevista la partecipazione della Vicepresidente (Giovanna Anòè) alla Consulta della Salute del Comune di Venezia, per permettere la visibilità e il contributo degli infermieri nella presa delle decisioni.

Per promuovere ulteriori momenti di collaborazione con gli organismi della Regione Veneto, il 27 aprile 2007 si è tenuto un Consiglio Direttivo presso la sede dell'O.M.S. (Organizzazione Mondiale della Sanità) che si trova a Venezia, dove siamo stati accolti dal dott. Luigi Bertinato, medico funzionario della Regione Veneto e dalla dott.ssa Theadora Koller, ricercatrice dell'O.M.S. Il dott. Bertinato ci ha illustrato l'attività del Servizio per i Rapporti Internazionali

della Regione Veneto e della sede di Bruxelles. Ci ha stimolato nel pensare, come, in qualità di professionisti sanitari potremo proporre delle progettualità ad hoc, cosa che lui auspicherebbe, e quindi collaborare con delle nuove iniziative con il suo Servizio. Invece la dott.ssa Koller ci illustrato l'attività dell'Ufficio Europeo per gli Investimenti. Tale Ufficio, ha come funzione prevalente quella di monitorare gli indicatori dei risultati delle attività socio-sanitarie che si realizzano sulla popolazione e di promuovere la riduzione della povertà modificando le ripercussioni che questa ha sullo stato di salute.

Sistematicamente si sono avuti incontri con i Direttori Generali e sanitari della nostre aziende sanitarie. Per affrontare sia temi specifici sia temi generali. Tra questi la valorizzazione della professione promuovendo l'istituzione della dirigenza infermieristica, (grazie a questi sforzi la nostra provincia ha il più alto numero di dirigenti infermieristici del Veneto -3 su 4 aziende-) non solo per la parte organizzativa ma anche professionale e formativa. È stata sottolineata con forza la necessità di mettere in campo sperimentazioni organizzative che rendano efficace l'autonomia infermieristica.

2. Attività del Coordinamento Regionale dei Collegi IP.AS.VI.

Relativamente a tale area ci si era proposti di:

1. Omogeneizzare le scelte e le progettualità tra Collegi IPASVI provinciali della Regione Veneto.

Per rendere fattibile quanto atteso al punto n. 1 è stato realizzato ciò che viene riportato di seguito:

attivazione e realizzazione di un processo formativo straordinario per Infermieri in Romania in collaborazione con la Regione Veneto e l'Università degli Studi di Padova, nell'a.a. 2005/2006, realizzato da docenti universitari recatisi sul posto (Romania). Il Coordinamento Regionale dei Collegi IP.AS.VI, sono stati coinvolti in questo progetto per realizzare una valutazione sulla valenza del Progetto stesso e sulla struttura del Piano di Studi. I Collegi in questa circostanza, non hanno dovuto rispondere alle incombenze previste per gli infermieri stranieri, perché gli studenti romeni acquisiscono un titolo italiano, rilasciato dall'Università di Padova, pertanto non devono chiedere né l'equipollenza al ministero, né sostenere l'esame di conoscenza della lingua italiana e della normativa professionale.

si è di nuovo discusso e riflettuto sulla stesura del Regolamento del Coordinamento Regionale dei Collegi IP.AS.VI, che non è ancora stato approvato in via definitiva. Ciò, potrà essere possibile solo dopo approvazione della bozza da parte dei singoli Collegi Provinciali.

durante i vari incontri del Coordinamento Regionale dei Collegi IP.AS.VI è stato anche discusso in merito al contributo economico che i singoli Collegi Provinciali dovrebbero versare per sostenere l'attività del Coordinamento stesso, attingendo dalle quote degli iscritti. Si è stabilito una quota fissa minima che deve pagare ogni Collegio Provinciale ed una quota proporzionale al numero degli iscritti dello stesso.

3. Immagine sociale

Relativamente a tale area ci si era proposti di:

1. Curare i rapporti con i Media con contenuti positivi, propositivi e di difesa della professione.

Per rendere fattibile l'obiettivo si è instaurata e tenuta un'assidua rete di relazioni con testate di

giornali (controbattendo su avvenimenti e/o notizie improprie o imprecise) e reti televisive. Si sono instaurati rapporti di dialogo e confronto con la cittadinanza, in diverse occasioni, avviando e promuovendo anche rapporti di collaborazione con l'Associazione Consumatori, il Tribunale dei Diritti del Malato, CittadinanzAttiva, ecc. relativamente a questioni che premono particolarmente al Collegio come concreta attuazione di quanto previsto dal Codice Deontologico, salvaguardando l'erogazione del servizio a favore del cittadino utente.

Si sono realizzati anche degli incontri tra il Presidente del Collegio IP.AS.VI. di Venezia (Lugino Schiavon) e il Presidente dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Venezia (Dott. Maurizio Scassola) per discutere come professionisti sanitari tematiche di interesse comune, al fine di concordare, condividere e realizzare dei percorsi che possano portare ad una collaborazione fattiva ed un miglioramento professionale per entrambe le categorie.

Per far conoscere in modo più incisivo gli ambiti di operatività dell'infermiere, cogliendo quelli meno conosciuti, il 12 maggio 2006 è stato dato appuntamento a tutta la cittadinanza, all'hotel Bologna di Mestre, per partecipare ad un incontro dal titolo "Infermieri: esperienze di confine.", per rendere pubbliche le esperienze fatte da alcune colleghe.

Per promuovere la scelta dei giovani a frequentare i percorsi formativi per diventare infermiere nella primavera del 2006 è stata realizzata nel territorio della provincia la Campagna pubblicitaria ponendo manifesti sugli autobus e occupando pagine nei giornali.

Riconoscendo l'importanza del ruolo infermieristico in momenti di cambiamento organizzativo, la Direzione dell'ASSL n. 12, ha invitato il 26 febbraio 2006 il Consiglio Direttivo a visitare il nuovo ospedale, cogliendo l'occasione per avviare momenti di discussione finalizzati alla scelta di un modello organizzativo che possa essere il più opportuno nella struttura che è stata data a questa nuova sede ospedaliera.

Per festeggiare la Giornata internazionale dell'Infermiere e condividerla con la cittadinanza il 12 maggio 2007 siamo stati presenti con un gazebo, al mattino a Marghera e al pomeriggio a Mestre in Piazza Ferretto, dove sono state realizzate delle semplici prestazioni infermieristiche (stick glicemici e misurazione della pressione arteriosa, ...) che ci hanno permesso di entrare in relazione con la cittadinanza e promuovere la conoscenza su come sta cambiando la figura e il ruolo dell'infermiere.

Il Collegio, ha patrocinato nell'agosto 2007, la Summer School organizzata al Lido di Venezia, dal Servizio per i Rapporti Internazionali della Regione Veneto e della sede di Bruxelles, di cui è responsabile il dott. Bertinato.

4. Rapporti con la cittadinanza

Relativamente a tale area ci si era proposti di:

1. Avviare ambiti di collaborazione con le associazioni dei cittadini (tribunale dei diritti del malato, Cittadinanzattiva, comitati degli ospiti, movimenti dei consumatori);
2. Promuovere incontri con la popolazione sui temi della salute

Per rendere concreto quanto atteso al punto n. 1 è stato organizzato: un incontro con l'Ufficio Relazioni con il Pubblico (U.R.P.) della provincia, al quale ha parteci-

pato la Consigliera Micaela De Rossi. A tale incontro sono intervenuti i rappresentanti dell'ASSL n. 10 (San Donà di Piave (VE)), della Villa Salus (Mestre (VE)) e del Policlinico. La discussione si è incentrata sugli Infermieri, in quanto si rileva che a volte le lamentele nei riguardi degli stessi non sono tanto a carico della loro competenza, ma del modo di porsi da un punto di vista relazionale. Pertanto, a conclusione, viene consigliata la realizzazione di attività formativa in questi ambiti, da realizzarsi da parte del Collegio o delle Aziende, rivolta sia agli Infermieri esercenti la professione, che agli studenti infermieri, prevedendo nel Piano di Studi queste conoscenze e abilità.

un incontro con il Tribunale dei Diritti del Malato e con Cittadinanza Attiva. Dall'incontro è scaturite due proposte:

1. di promuovere l'istituzione di un master in Assistenza geriatrica che attualmente non ha trovato riscontro presso le università;
2. definire un accordo comune per la tutela del cittadino, la valorizzazione della professione di collaborare in caso di segnalazioni.

5. Iscritti

Relativamente a tale area ci si era proposti di:

1. Potenziamento della segreteria e dei servizi;
2. Migliorare la comunicazione sia generale ("Spazio aperto") con contributi scientifici che sui modelli organizzativi verso le unità operative;
3. Incentivare il contributo e la partecipazione degli iscritti anche attraverso gruppi di lavoro tematici;
4. Ristrutturazione del sito migliorando gli aggiornamenti curare la qualità dei contenuti normativi, organizzativi e scientifici e di attualità (rassegna stampa);
5. Costruzione della mailing list degli iscritti;
6. Incontri decentrati con il gruppo professionale sia su temi generale che specifici;

Per rendere fattibile quanto atteso al punto n. 1 è stato realizzato ciò che viene riportato di seguito:

il Consiglio Direttivo del Collegio ha svolto le diverse attività durante tutto l'anno senza mai interrompere l'erogazione del servizio agli iscritti;

abbiamo potenziato il personale della segreteria assumendo una nuova impiegata, a part-time, nel mese di giugno 2006, per permettere e garantire un miglior accesso agli iscritti;

è stata ridotta la quota di iscrizione annuale a € 48,00, grazie alla buona gestione economica realizzata da parte del Consigliere Luigino Boldrin, con la supervisione dei revisori dei conti;

sono stati acquistati nuovi mobili e nuovi classificatori da archivio, per dare funzionalità, dignità e accoglienza alla nuova sede;

si sta valutando, in modo oculato, l'acquisto dell'appartamento adiacente all'attuale sede del Collegio, per l'ampliamento dei locali che abbiamo attualmente a disposizione, nell'ipotesi di incrementare gli eventi di formazione, confronto e lavoro, con gruppi di colleghi su specifiche tematiche;

si è aggiornato l'archivio degli iscritti del Collegio, emettendo inoltre per tutti le tessere individuali magnetiche con Smart Card, che garantisce l'applicazione del regolamento sulla privacy, la sicurezza degli archivi informatici e la costituzione di un sistema di salvataggio dati;

si è data una nuova impostazione grafica al sito per permettere una maggiore funzionalità nell'utilizzo, inserendo in esso tutti gli argomenti, materiali che possano essere di veloce consultazione e di interesse anche per l'esercizio professionale (rassegna stampa, normativa, temati-

che professionali in discussione, comunicati della Federazione Nazionale, ...); si è organizzata la Cerimonia, presso l'Hotel Bologna di Mestre, per la consegna delle tessere ai nuovi laureati, iscritti al Collegio nel mese di dicembre 2006, dove è intervenuto la dott.ssa Maria Teresa Cannoni (responsabile per la formazione del Veneto) delegata della Regione Veneto in sostituzione del dott. Rusciti. All'evento, sono stati invitati ed erano presenti anche i Responsabili dei Servizi Infermieristici Aziendali della provincia di Venezia (dott.ssa Mariarosa Boscolo, sig.ra Rosanna Cervellin, dott. Mauro Filippi,).

Sono stati aperti, e conclusi con sanzioni, due procedimenti disciplinari, un altro è in itinere mentre per un altro collegio è stata fatta un'audizione preliminare.

Per rendere fattibile quanto atteso al punto n. 6 è stato realizzato ciò che viene riportato di seguito:

partecipazione a Roma alla giornata organizzata dalla Federazione Nazionale dei Collegi IP.AS.VI il 7 dicembre 2006, con una Manifestazione svoltasi per sostenere la posizione della categoria professionale nei riguardi della Legge sul riordino degli Ordini e dei Collegi; realizzazione della Cerimonia di riconoscimento dell'operato svolto da due infermieri, durante l'incendio dell'Unità Operativa di Geriatria dell'Ospedale di Noale, con consegna dell'encomio alla presenza di giornalisti e televisione.

6. Formazione

Relativamente a tale area ci si era proposti di:

1. Proporre eventi formativi passando attraverso lavori di gruppo;
2. Formazione dei piccoli gruppi (10-20) inglese, italiano per stranieri, computer così come avviato nel 2005;
3. Formazione per formatori OSS, OSS con FC, formatori per assistenti familiari (badanti) in collaborazione con il centro regionale migranti (Regione Veneto);
4. Continuare con evento sulla ricerca infermieristica;
5. Evento sul risk management con l'Agenzia regionale del Veneto ed Emilia Romagna;
6. Valorizzare i lavori dei gruppi pubblicando dei piccoli manuali da inserire in "Spazio Aperto".

Per rendere possibile la realizzazione di quanto atteso al punto n. 1 è stato realizzato ciò che viene riportato di seguito:

con l'occasione dell'Assemblea Annuale di aprile 2006, si è di seguito svolto il corso aggiornamento su "Responsabilità dell'Infermiere e somministrazione di farmaci.", con docente dott. Luca Benci. Tale evento formativo è stato realizzato tenendo conto che il Collegio può organizzare solamente formazione sulla legislazione, sull'etica e sulla deontologia professionale; si è autorizzato il patrocinio per alcuni eventi formativi. In particolare, su richiesta formale, si sono patrocinati i corsi dell'Agenzia formativa "Format" per la provincia di Venezia. Con la "Format" si sta anche valutando la possibilità di attivare una collaborazione continuativa per organizzare corsi per tutti gli iscritti; in una logica di tutela professionale ci siamo occupati di verificare e condividere, anche con la Federazione Nazionale dei Collegi, la conformità, l'istituzione e la conduzione presso l'università telematica UNITELMA del Master a distanza di primo livello di "Management Sanitario", sorvegliandone l'evoluzione E' stata resa comunicazione sulla situazione a tutti gli iscritti.

Per attuare quanto previsto al punto n. 2, proseguendo le iniziative già avviate nel 2005, si

sono:

organizzati e attuati i corsi, a piccoli gruppi, d'inglese, di informatica e di italiano per stranieri.

Per rendere possibile la realizzazione di quanto atteso al punto n. 6 è stato realizzato ciò che viene riportato di seguito:

si è inviato, periodicamente, a domicilio degli iscritti la rivista "Spazio Aperto", con l'intento di farlo diventare uno strumento di divulgazione di eventi e argomenti di interesse professionale permettendo un'informazione e una crescita trasversale;

7. Formazione di base

Relativamente a tale area ci si era proposti di:

1. Migliorare i rapporti con i Canali paralleli delle Sedi di formazione universitaria (Mestre, Mirano, Portogruaro) mettere a disposizione le risorse per seminari tematici;
2. Disponibilità di utilizzazione del Collegio e dei collegamenti internet per studenti e colleghi.

Per rendere concreto quanto atteso al punto n. 1 è stato organizzato:

un incontro con i tre Coordinatori dell'insegnamento tecnico-pratico e di tirocinio dei Corsi di Laurea in Infermieristica (Mestre, Mirano e Portogruaro) per valutare momenti e/o eventi di possibile realizzazione in comune in forma di collaborazione professionale.

Il Presidente, Luigino Schiavon, ha partecipato agli incontri con i laureandi dei corsi nelle sedi di Mestre Mirano e Portogruaro per illustrare compiti e funzioni del collegio oltre che approfondire aspetti professionali.

8. Formazione per il consiglio e i revisori

Relativamente a tale area ci si era proposti di:

1. Visita documentativi presso un college inglese, un centro di ricerca (National Institute for Clinical Excellence - NICE) e alla FEPI Federazione Europea Professioni Infermieristiche (Bruxelles);
2. Seminari proposti dalla Federazione Nazionale dei Collegi IP.AS.VI..

Per rendere concreto quanto atteso al punto n. 1 è stato organizzato:

nel 2006, il viaggio in Gran Bretagna, di cui ne è stata fatta relazione su "Spazio Aperto", durante il quale si è voluto comprendere in modo preciso il ruolo e le funzioni del Collegio degli infermieri di Londra, per ricevere degli spunti al fine di apportare possibili e utili miglioramenti anche al nostro Collegio, nella gestione della politica professionale, per offrire un servizio sempre più efficace. Si è visitato anche il centro di ricerca: National Institute for Clinical Excellence (NICE), dove abbiamo riscontrato come in modo sviluppato i colleghi inglesi operano e realizzano le prestazioni professionali basandosi il più possibile sulle evidenze scientifiche.

nell'aprile 2007, il viaggio in Spagna, a Barcellona, di cui verrà redatta relazione nel prossimo numero di "Spazio Aperto", dove si è voluto capire il ruolo e le funzioni del Collegio e come questo ha contribuito e partecipato nel rendere possibile lo sviluppo organizzativo e professionale infermieristico territoriale nei Centri di Salute Primaria. Si è anche visitato un Centro di Salute Primaria e l'Ospedale di Maturò, dove il lavoro è organizzato rendendo possibile il lavoro infermieristico per Pianificazione assistenziale, secondo percorsi clinico assistenziali standardizzati e deliberati dalla direzione infermieristica.

Per ciò che riguarda la partecipazione ai Seminari organizzati dalla Federazione Nazionale dei Collegi IP.AS.VI. finalizzati alla formazione dei Consiglieri e dei Revisori, per consentire la copertura del ruolo assunto in modo più competente, si sono tenuti quelli di seguito indicati: "Infermieri, sostenere l'autonomia dell'assistenza"; 11/12/13 maggio 2006 a Roma Congresso della Federazione Europea Professioni Infermieristiche (FEPI).

9. Rapporti con i dirigenti dei Servizi Infermieristici o delle professioni sanitarie

Relativamente a tale area ci si era proposti di:

1.Continuare gli incontri finalizzandoli al miglioramento della comunicazione ed incentivando modelli innovativi.

Per rendere concreto quanto atteso al punto n. 1 è stato organizzato:
un incontro con i Dirigenti Infermieristici delle Aziende Sanitarie della provincia di Venezia, dal quale ci si è lasciati auspicando maggiore interattività tra loro e il Collegio stesso;
un incontro con il Direttore Sanitario dell'Ospedale di Mestre e la Dirigente Infermieristica per discutere le intenzioni e capire quale organizzazione sarà prevista nel nuovo ospedale e quale coinvolgimento ed implicazioni ci sarà per gli infermieri. Siamo stati informati che l'ospedale avrà 680 posti letto, distribuiti su 4 piani. I piani saranno completamente aperti è prevista una rotazione del personale. Ci è stato spiegato come sarà gestito il trasloco;
un incontro con il responsabile dell'U.O.C. di Pronto Soccorso dell'Ospedale di Mestre (VE) per discutere della questione della gestione dei Codici Bianchi e dell'impiego della professione infermieristica. Si è valutato se potrebbero esserci gli estremi per incrementare l'autonomia degli infermieri impiegati in questi contesti, naturalmente tenendo conto di garantire un servizio sicuro e secondo i disposti di norma.
un incontro con i quattro coordinatori referenti infermieristici dell'Area Territoriale (per discutere sul documento emanato dal Ministero della Salute che prevede una riorganizzazione dei servizi assistenziali territoriali. Si è cercato di ipotizzare delle proposte per l'implementazione di un modello per le cure territoriali, considerando la possibilità di costituire un gruppo di lavoro per studiare la proposta stessa.

10. Rapporti con le Organizzazioni Sindacali

Relativamente a tale area ci si era proposti di:

1.Sviluppare, in base agli accordi già definiti, le tematiche relative allo sviluppo del ruolo infermieristico nei servizi territoriali e della dirigenza attraverso un gruppo di lavoro misto.

Per adempiere a questo obiettivo di sono in diverse occasioni realizzati degli incontri con le Organizzazioni Sanitarie. Quelle presenti rappresentavano le seguenti sigle sindacali: FSI, CGIL, CISL, UIL, NURSING UP. Si sta continuando, inoltre, dopo questo primo contatto, a mantenere un collegamento rispetto a quelle tematiche che implicano lo sviluppo professionale, in una logica di politica professionale, che si stanno dibattendo nell'ambito regionale.

Conclusioni

In modo estremamente sintetico abbiamo cercato di rendere visibile e comprensibile l'attività

che il Consiglio sta cercando di realizzare per favorire il riconoscimento della Professione Infermieristica. Ciò, dovrebbe contribuire a modificare in meglio lo Status ed il riconoscimento di ciò, che già oggi, nelle più disparate realtà di lavoro gli infermieri professano. Quanto presentato si è realizzato in questo anno e mezzo di lavoro. Cercheremo di compiere ancora passi in avanti, ci si auspica che quanto ci rimane da fare si realizzi anche grazie al contributo di ognuno di voi, iscritto al Collegio. L'impegno che si elargisce nel Collegio è un investimento che porterà benefici a tutta la categoria professionale, con questo spirito continueremo a lavorare per la Professione.



