

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

SPAZIO APERTO



IL NUOVO CODICE

**Giornata Internazionale
dell'Infermiere
12 Maggio 2008**

ORGOGLIOSI
di esservi VICINO

ORGOGLIOSI
di essere INFERMIERI

TRIMESTRALE N°7
ANNO V
APRILE 2008
POSTE ITALIANE S.p.A.
SPEDIZIONE IN
A.P.-d.l. 353/2003
(CONV. M127/02/2004
N° 46) art. 1 comma 1,
DCB VENEZIA

**NUMERO
SPECIALE**

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:
aprile 2008

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

n°

anno
V

EDITORIALE - di Luigino Schiavon	3
UNA POLITICA DI CONGIUNGIMENTO - di Umberto Iazzetta	3-4
INFERMIERI: UNA RISORSA PER IL FUTURO - di Arturo Orsini	5-6
LA SCIENZA NON DEVE RUBARCI L'ANIMA - di Antonio Padoan	7
VALORE STRATEGICO DELLA FUNZIONE INFERMIERISTICA di Paolo Stocco	8-9
SCHEDE - "i giovedì scientifici"	10-11
IN RISPOSTA - lettera firmata	12-13
NUOVO CODICE DEONTOLOGICO - di Annalisa Silvestro	14-18
IL SISTEMA DELLE CURE PRIMARIE / documento conclusivo Prima Conferenza Nazionale sulle Cure Primarie	19-22
RUOLO DEL CITTADINO E MODELLI ORGANIZZATIVI - di Alessandra De Pieri	24-27
POST-ACUTI: E' SOLO PAURA DI CAMBIARE? - di Prassilla Boso e Tamara Fusaro	28-29
DONAZIONE DELLA PLACENTA - di Giulia Gasperi	30-32

EDITORIALE



di Luigino Schiavon

In occasione della Giornata Internazionale dell'Infermiere e di questo speciale di Spazio Aperto abbiamo ceduto la "penna" per l'editoriale ad altri. Per evitare il rischio di cadere in una posizione autocelebrativa, tanto facile quanto a volte non gradita a chi ci osserva e legge, la parola è stata data a chi rappresenta i cittadini-pazienti, a chi dirige le nostre Aziende Sanitarie. Per questo abbiamo chiesto a **Umberto Iazzetta** responsabile regionale del Tribunale dei diritti del malato - CittadinanzAttiva, a **Paolo Stocco** Direttore Generale dell'Azienda n. 10 "Veneto Orientale", ad **Antonio Padoan** Direttore Generale dell'Azienda n.12 "Veneziana" e 14 "di Chioggia" e ad **Arturo Orsini** Direttore Generale dell'Azienda n. 13 di Mirano di esprimere le loro opinioni e le loro aspettative.

Abbiamo scelto per quest'anno lo slogan "orgogliosi di esservi vicino, orgogliosi di essere infermieri" per sottolineare come la nostra *Mission* professionale sia, prima di tutto, la "vicinanza" al paziente ed alla sua famiglia e come questa sinergia sia per l'intero gruppo professionale motivo di orgoglio.

Luigino Schiavon

UNA POLITICA DI COINVOLGIMENTO

di Umberto Iazzetta



Gentile Direttore,

In occasione della giornata internazionale dell'Infermiere, desidero portare il mio contributo, quale rappresentante veneto dell'associazione di tutela Cittadinanzattiva - Tribunale per i Diritti del Malato. Negli ultimi mesi ho partecipato ad alcune vostre iniziative e ho avuto modo di apprezzare l'impegno di IPASVI del collegio di Venezia in riferimento alla centralità della persona umana nel Servizio Sanitario Regionale.

In particolare, l'impegno per la revisione del Codice deontologico e l'opera di sensibilizzazione che in questi giorni il presidente Luigino Schiavon sta svolgendo negli ospedali veneziani, sono segno tangibile di un cambiamento oramai in atto e che come Cittadini abbiamo già avuto modo di apprezzare.

Le precedenti indagini da noi svolte in alcuni ospedali (non solo del Veneto) attraverso la distribuzione di questionari per verificare il grado di soddisfazione dei malati, fornivano risposte, in riferimento all'assistenza infermieristica, alquanto deludenti.

Oggi, il cambiamento avvenuto è palese e si percepisce sin dall'accoglienza in reparto.

C'è indubbiamente maggiore professionalità, e anche se gli impegni sono tanti, un bravo infermiere non dovrebbe mai rinunciare a stabilire il "contatto umano" con il paziente.

Da questo punto di vista, il vostro impegno si allinea bene con la politica che la Regione Veneto sta attuando, invitandoci al tavolo permanente sulle liste di attesa, alla presentazione dei bilanci sociali delle Aziende Sanitarie e dandoci modo di contribuire alla preparazione del primo rapporto sulla qualità percepita.

Credo sia utile ricordare, inoltre, che questo percorso ha avuto una forte accelerazione con la modifica del titolo V° della nostra Costituzione, in particolare l'ultimo comma dell'articolo 118 che recita: "Stato, Regioni, Città metropolitane Province e Comuni favoriscono l'autonoma iniziativa dei cittadini, singoli e associati, per lo svolgimento di attività di interesse generale sulla base del principio di sussidiarietà".

E infine, non meno importante, vorrei citare il comma 461 della Finanziaria 2008, che istituisce la consultazione obbligatoria delle associazioni dei consumatori e utenti, da parte degli enti che forniscono servizi di pubblica utilità, attraverso periodica verifica e adeguatezza di parametri qualitativi e quantitativi dei servizi erogati, dando modo di presentare osservazioni e proposte.

Lo spazio a disposizione non consente il necessario approfondimento dei temi citati, che richiederebbero un confronto approfondito sull'importante ruolo che il cittadino sta sempre più assumendo nella società, grazie anche all'impegno di associazioni che operano a livello nazionale come Cittadinanzattiva.

Credo però di poter affermare che IPASVIVE ha già avviato una politica di coinvolgimento e di confronto costruttivo senza paura di critica e nella consapevolezza che insieme si possono raggiungere risultati positivi in termini di qualità della Risposta Sanitaria. Il Codice deontologico è sicuramente una tappa importante di questo percorso comune.

Umberto Iazzetta
Segretario Cittadinanzattiva - Tribunale per i Diritti del Malato
Regione Veneto

INFERMIERI, UNA RISORSA PER IL FUTURO

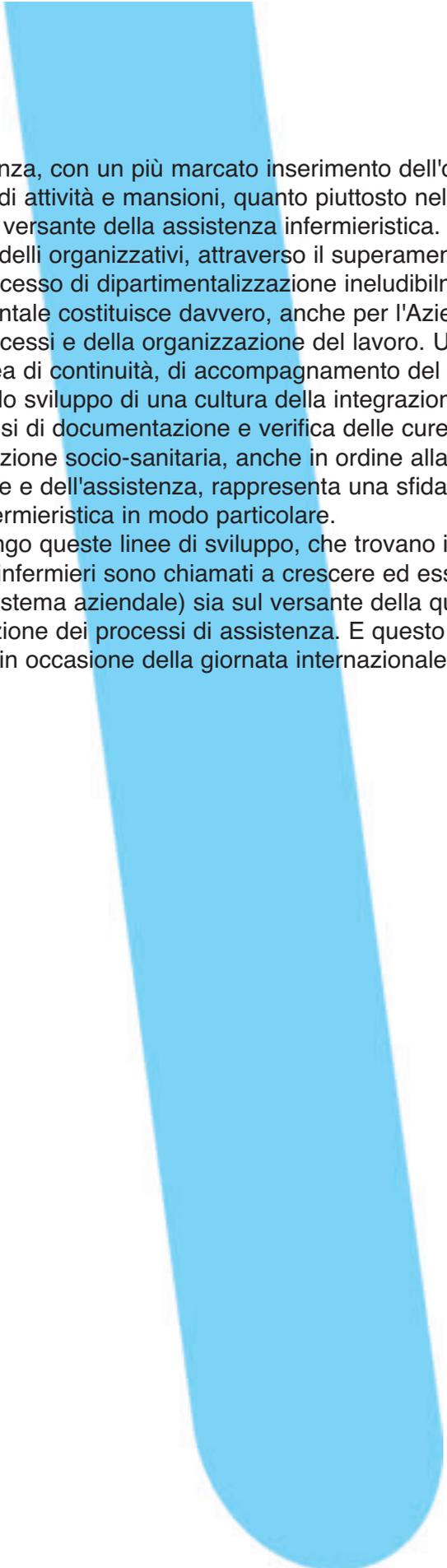
di Arturo Orsini

Direttore Generale Azienda ULSS n. 13 di Mirano

Parlare della professione dell'infermiere, per un Direttore Generale di una Azienda ULSS, può essere allo stesso tempo facile, senza scivolare nella retorica di circostanza, ma anche molto complicato. E' facile, considerati i numeri (1.000 infermieri che prestano servizio in Azienda ULSS n. 13, su un totale di circa 2.600 dipendenti), il che significa che di gran lunga la professione infermieristica costituisce l'asse portante dell'offerta assistenziale in Azienda: nelle sedi ospedaliere come nel territorio, nei servizi di emergenza come nei servizi di lungodegenza la presenza degli infermieri testimonia la complessità di una professione chiamata a prestare un servizio di alto livello in contesti estremamente diversificati e caratterizzati da necessità particolari sul versante tecnico piuttosto che su quello della relazione di aiuto. In questo senso è facile parlare e scrivere bene della professione dell'infermiere, che contribuisce in misura non lieve ai livelli di eccellenza nelle prestazioni che caratterizzano l'attività dell'Azienda ULSS 13; gioca in questo un ruolo non marginale l'investimento, effettuato già alcuni anni fa, sul versante formativo e che ha portato alla attivazione a Mirano di una sede di Corso di Laurea in Infermieristica della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università di Padova. Questo rapporto costante fra sistema formativo e sistema organizzativo costituisce un modello di sinergia che ha riflessi sia sul versante della qualità delle cure e dell'assistenza ma anche, in termini più allargati, sul rapporto fra la più grande realtà aziendale del territorio (quale è l'azienda sanitaria) e la cittadinanza.

Allo stesso tempo la professione infermieristica proprio per la sua valenza strutturale nel sistema aziendale, si colloca al crocevia di alcune traiettorie di criticità. A titolo di esempio, una prima traiettoria è rappresentata dalla turbolenza del mercato del lavoro, per cui gli indici di ricambio di personale infermieristico si mantengono costantemente elevati, con riflessi inevitabilmente problematici sui processi organizzativi, su quelli formativi e, più in generale, sui processi di integrazione nei gruppi di lavoro. Una seconda traiettoria è rappresentata dai riflessi che le politiche di contenimento della spesa sanitaria implicano in tutte le professioni (come quella infermieristica) nelle quali la "presenza umana" costituisce il nucleo caratterizzante e irrinunciabile. Non c'è e non ci sarà macchina o strumento per quanto sofisticato, infatti, che potrà sostituire l'attività appropriata di assistenza infermieristica (o ostetrica o riabilitativa); e la prospettiva epidemiologica (le malattie croniche) e demografica (l'invecchiamento della popolazione) costituisce su questo versante elemento di costante preoccupazione.

A fronte di questo scenario inevitabilmente complicato l'Azienda ULSS 13 ha operato da tempo alcune scelte di valorizzazione della professione dell'infermiere che testimoniano un solido cammino di responsabilizzazione. Otto anni fa è stata istituita la Direzione delle Professioni dell'Assistenza (Unità Operativa Complessa) con attribuzione della responsabilità dirigenziale ad un infermiere; attualmente in Azienda ULSS 13 18 infermieri sono titolari di posizione organizzativa sia in qualità di Responsabili di Area della Direzione delle Professioni dell'Assistenza che in qualità di Coordinatori di Dipartimento (e di Corso di Laurea in Infermieristica). Non si tratta naturalmente solo di quantificare incarichi o posizioni: questa articolazione evidenzia piuttosto (a modo di indicatore, di segnale) il ruolo attivo, sostanziale, che gli infermieri sono e saranno sempre più chiamati a rivestire nel miglioramento della qualità delle cure e dell'assistenza e, più in generale, dei processi organizzativi. A partire da questo assetto alcune linee di sviluppo e di responsabilizzazione della figura dell'infermiere in Azienda e, insieme, di investimento della Direzione Generale si collocano su più livelli. Il primo livello è quello della revisione dei modelli di assi-



stenza, con un più marcato inserimento dell'operatore socio-sanitario, non nell'ottica delle delega acritica di attività e mansioni, quanto piuttosto nella assunzione di maggiori e più complessive responsabilità sul versante della assistenza infermieristica. Un secondo livello è rappresentato dalla revisione dei modelli organizzativi, attraverso il superamento di diverse barriere culturali prima che logistiche, che il processo di dipartimentalizzazione ineludibilmente domanda. In questa prospettiva il modello dipartimentale costituisce davvero, anche per l'Azienda ULSS 13, una sfida sul versante del ripensamento dei processi e della organizzazione del lavoro. Un terzo livello, infine, si colloca più propriamente su una linea di continuità, di accompagnamento del paziente nel suo percorso di cura e di assistenza attraverso lo sviluppo di una cultura della integrazione ospedale-territorio, della elaborazione di strumenti condivisi di documentazione e verifica delle cure; in questa prospettiva lo sviluppo di una cultura della integrazione socio-sanitaria, anche in ordine alla ottimizzazione delle risorse e alla appropriatezza delle cure e dell'assistenza, rappresenta una sfida per tutte le professioni sanitarie ma per la professione infermieristica in modo particolare.

Lungo queste linee di sviluppo, che trovano il sostegno della Direzione Generale dell'Azienda ULSS 13, gli infermieri sono chiamati a crescere ed essere effettivamente una grande risorsa (per i cittadini e per il sistema aziendale) sia sul versante della qualità tecnica e organizzativa che su quello della umanizzazione dei processi di assistenza. E questo è anche l'augurio a tutti gli infermieri dell'Azienda ULSS 13 in occasione della giornata internazionale dell'infermiere.

LA SCIENZA NON DEVE RUBARCI L'ANIMA

di Antonio Padoan

DIRETTORE GENERALE Ulss 12 e 14

Oggi più che mai, grazie a tutti voi per aver scelto questa professione. Così indispensabile, così difficile. Non un lavoro qualsiasi, ma la spina dorsale dell'assistenza sanitaria italiana. E ben lo sanno i primi destinatari del vostro lavoro: i malati e i loro famigliari. Nelle lettere di ringraziamento che l'Ulss 12 riceve (e vi assicuro che sono tante) i pazienti si ricordano sempre di voi, vi chiamano per nome, raccontano di come li avete aiutati a superare momenti difficili non solo con la qualità della vostra attività ma anche con l'umanità che avete saputo dimostrare.

Conosco l'impegno e la fatica delle vostre giornate e so anche che la pur rassicurante garanzia del posto fisso spesso non basta a compensare adeguatamente le vostre aspettative professionali ed economiche. La drammatica mancanza di infermieri è ormai diventata un'emergenza nazionale e credo che lo sforzo di tutti - anche dei direttori generali delle Ulss - dovrà essere quello di migliorare le prospettive e la qualità della vita. Venezia centro storico ben chiarisce questa situazione: è pesante per un infermiere fare il pendolare e quasi impossibile abitarci. Proprio per questo stiamo studiando come facilitare la scelta di Venezia quale sede di lavoro. A cominciare dalle misure concrete: il reperimento di 30-35 posti letto a prezzi concordati.

La velocità dei cambiamenti del mondo di oggi non ci permette soste, né cedimenti alla logica dell'accontentarsi. Dobbiamo essere, semplicemente, tutti più bravi e preparati. Mestre ha la fortuna di ospitare il Corso di laurea in scienze infermieristiche, che in questi anni ha laureato un centinaio di infermieri. Obiettivo dell'Ulss 12 è che diventi una sede di prima scelta, capace di attrarre ancora più studenti e di formare "eccellenze", sia con standard elevati di base che con master e corsi di perfezionamento. Ma la scienza non deve rubarci l'anima. La chiave di volta del vostro lavoro è l'unione di requisiti professionali - che in questi anni sono diventati sempre più specialistici e qualificati - e l'umanità. L'eccellenza e l'umanizzazione sono anche le caratteristiche dell'ospedale dell'Angelo a Mestre nel quale ci accingiamo a traslocare. Un trasferimento che, per dimensione e complessità tecnologica, non ha precedenti in Italia. Dal 2 maggio, con l'apertura graduale degli ambulatori per pazienti esterni e dal 26 maggio con l'avvio progressivo dei reparti, comincia un capitolo nuovo della sanità pubblica e del lavoro di medici ed infermieri. Ci saranno problemi, disagi, difficoltà inevitabilmente connessi alla messa in moto di una macchina complessa come l'ospedale. Abbiamo discusso via via con il vostro Collegio provinciale la nuova organizzazione del lavoro, ottenendo il massimo di collaborazione. L'ospedale moderno è costruito intorno al malato, s'impegna a farlo trascorrere meglio il tempo del ricovero, riducendone innanzi tutto la sofferenza fisica ma sviluppando anche il valore dell'accoglienza. Voi infermieri - 1300 nell'Ulss 12 - siete in prima linea in questa sfida che il nostro sistema sanitario può e deve vincere. Vorrei che per voi, come per tutti noi, il banco di prova che ci attende fosse vissuto come opportunità di crescita e di fierezza professionale. Le attrezzature tecnologiche non potranno mai sostituire il ruolo dell'infermiere. Il 21 aprile festeggeremo all'ospedale civile di Venezia la Giornata del neo assunto. Medici e infermieri entrati in servizio dall'inizio dell'anno verranno salutati dai responsabili dei vari settori dell'azienda, accolti ufficialmente nella grande squadra targata Ulss 12 cui vorremmo foste tutti orgogliosi di appartenere. Ed il mio sogno di realizzare l'ospedale senza dolore si accompagnerà, grazie a voi, all'ospedale della gentilezza. E' anche per questo che l'abbiamo chiamato ospedale dell'Angelo.

VALORE STRATEGICO DELLA FUNZIONE INFERMIERISTICA

di Paolo Stocco

Direttore Generale Azienda Socio Sanitaria Locale n. 10

Veneto Orientale

L'esercizio della professione infermieristica è oggi disciplinato da norme che hanno, nell'arco di un decennio, profondamente modificato sul piano giuridico e professionale le responsabilità dell'infermiere nei confronti del cittadino. Anche le competenze si sono ampliate, in virtù di un percorso formativo che oggi prevede, oltre al corso di Laurea di 1° livello, anche la formazione Specialistica, i Master di 1° e 2° livello, fino al Dottorato di Ricerca attivato già da alcune università italiane. L'infermiere è così chiamato ad assolvere funzioni di estrema importanza nei confronti della salute del singolo e della collettività, concorrendo alla identificazione dei bisogni di salute ed individuando i specifici bisogni di assistenza infermieristica, erogando assistenza preventiva, curativa, palliativa e riabilitativa attraverso una presa in carico globale della persona assistita.

L'infermieristica non si è sviluppata solo nell'ambito clinico, anche i contesti organizzativi (coordinamento e direzione di servizi infermieristici), la formazione di base e permanente, lo sviluppo professionale e la ricerca rappresentano altrettanti momenti dove gli infermieri hanno dimostrato di saper esprimere elevati livelli di competenza e professionalità. Proprio attraverso la formazione oggi disponiamo di professionisti che possono intervenire nell'ambito di quella che possiamo definire "assistenza infermieristica avanzata", garantendo interventi che comportano immediate ricadute sullo stato di salute della persona, operando anche da consulenti nei confronti di altri colleghi in relazione a problematiche assistenziali specifiche, quali possono essere ad esempio la prevenzione e la cura delle lesioni da decubito, la gestione di pazienti ad elevata complessità assistenziale, ma anche assicurando un supporto qualificato nella veste di tutor clinici agli infermieri in formazione.

Diventa allora un'opportunità che i sistemi devono saper cogliere, l'avvalersi del diretto coinvolgimento e contributo del gruppo infermieristico, quale componente importante all'interno delle aziende. Un esempio concreto è oggi rappresentato dalla possibilità di adottare modelli organizzativi innovativi per l'assistenza infermieristica, modelli che consentano al sistema di assicurare sempre elevati livelli di qualità, appropriatezza ed efficacia, ed ai professionisti di poter esprimere al meglio le proprie potenzialità, in un contesto che favorisca la sinergia tra i diversi attori e l'integrazione multiprofessionale.

Si fa qui riferimento ad esempio all'organizzazione delle equipe infermieristiche secondo modalità che favoriscano la pianificazione assistenziale con una effettiva presa in carico della persona e che sostengano l'utilizzo di pratiche professionali fondate su evidenza scientifica. Altrettanto importante è sostenere l'adozione di strumenti di integrazione organizzativa ed assistenziale tra strutture ospedaliere e territoriali, in virtù della crescente necessità di implementare l'assistenza infermieristica nell'area delle cure primarie, non solo per quanto riguarda gli interventi curativi ma anche nel settore della promozione ed educazione alla salute. La istituzione degli ambulatori infermieristici territoriali ad esempio, laddove realizzata, ha consentito di attuare un'azione di filtro importante nei confronti della struttura ospedaliera. Proprio in ragione delle premesse formulate, molte aziende come anche la ASSL 10, hanno da tempo riconosciuto il valore strategico della funzione infermieristica, sostenendo l'avvio di una profonda revisione organizzativa sia in ambito assistenziale che gestionale. L'attivazione del Corso di Laurea Infermieristica presso la sede di Portogruaro, la presenza di unità operative organizzate per "moduli a

diversa complessità assistenziale", la predisposizione del progetto per l'istituzione degli ambulatori infermieristici, la stesura ed adozione di numerosi percorsi assistenziali basati su evidenze scientifiche ne sono la dimostrazione. Anche sul versante organizzativo, la completa applicazione della Legge 251/00, conferma l'istituzione delle Direzioni Infermieristiche Aziendali e di Struttura e le funzioni di coordinamento sia di unità operativa che di dipartimento, a ciò consegue il pregio, non solo di assicurare il diretto coinvolgimento nei processi decisionali e la piena responsabilizzazione dei professionisti nelle scelte che attengono all'area infermieristica, ma anche di garantire maggior coerenza tra i percorsi formativi universitari e il mondo del lavoro, rappresentato dalle aziende sanitarie, creando le condizioni necessarie per far sì che le competenze sviluppate trovino al loro interno lo spazio utile alla fattiva applicazione.

IL PAZIENTE AL CENTRO DEL PROCESSO

di Stefania Maso

Infermiere Coordinatore ULSS 12 Veneziana

Estremamente interessante l'incontro avvenuto venerdì 16 novembre scorso sull'esperienza dell'ASL di Bologna Ospedale Bellaria di gestione autonoma del personale infermieristico dell'Unità Assistenziale Post-Acuti.

Questo ci ha fatto riflettere su come la risposta assistenziale basata sulla visione olistica del paziente sia stata data nella piena attuazione.

Sembra un paradosso che l'esperienza sia nata per "imposizione dall'alto" (Direttiva Regionale Emilia Romagna n. 1455 del 4/8/1997) ma dimostra la volontà del Legislatore di porre il Paziente al centro del processo terapeutico con percorsi diversificati a seconda dei diversi bisogni assistenziali.

Rammarica invece come la Regione Veneto sia poco lungimirante e blocchi il percorso per l'Attivazione delle Unità Assistenziali ad Assistenza Infermieristica Avanzata per "mancanza di pre-requisiti" e lo stesso Presidente del Consiglio dei Sanitari ponga vincoli sulla discussione del progetto perché non ritiene "siano maturi i tempi".

Sono due risposte opposte date alla stessa richiesta di assistenza che prenda in considerazione il Paziente nella sua globalità, dove la presa in carico, l'assistenza e la dimissione protetta vengono concordate e condivise con il paziente stesso e la sua famiglia, dove il paziente non è più visto secondo un'ottica di "appartenenza" ma diviene il vero protagonista del processo terapeutico-assistenziale.

Dopo questo incontro stranamente ho provato un senso di frustrazione perché pensavo: ancora una volta come Regione Veneto abbiamo perso un'occasione per crescere, per guardare avanti... ma poi ripensando a tutta la giornata mi sono detta: ma qualcuno c'è riuscito, qualcuno ha già tracciato la strada, quindi una speranza forse c'è!

Corsi di formazione per **INFERMIERI**

NURSING ONCOLOGICO: aspetti clinico-assistenziali nel trattamento del cancro della mammella

25 settembre 2008

Orario: **9,30-13,30 / 14,30-17,30**

Iscritti IPASVI Venezia: **€ 20,84 + IVA 20% (tot. € 25,00)**

Codice corso: **AZI9408VE2509**

Posti disponibili: **25**

8 Crediti ECM



LA COMPLESSITA' ASSISTENZIALE: scenari e prospettive

23 ottobre 2008

Orario: **9,30-13,30 / 14,30-17,30**

Iscritti IPASVI Venezia: **€ 20,84 + IVA 20% (tot. € 25,00)**

Codice corso: **AZI4508VE2310**

Posti disponibili: **100**

Crediti ECM richiesti

LA GESTIONE DELLE EMERGENZE IN CASA PROTETTA E STRUTTURE SOCIO-SANITARIE PER ANZIANI

9 ottobre 2008

Orario: **9,30-13,30 / 14,30-17,30**

Iscritti IPASVI Venezia: **€ 20,84 + IVA 20% (tot. € 25,00)**

Codice corso: **AZI9508VE0910**

Posti disponibili: **25**

9 Crediti ECM

METODI E TECNICHE PER PARLARE IN PUBBLICO

5-6 novembre 2008

Orario: **9,30-13,30 / 14,30-17,30**

Iscritti IPASVI Venezia: **€ 33,34 + IVA 20% (tot. € 40,00)**

Codice corso: **AZI4408VE0511**

Posti disponibili: **25**

Crediti ECM richiesti

RESPONSABILITA' PROFESSIONALE E PROCEDIMENTO DISCIPLINARE: strumenti per la difesa

16 ottobre 2008

Orario: **9,30-13,30 / 14,30-17,30**

Iscritti IPASVI Venezia: **€ 20,84 + IVA 20% (tot. € 25,00)**

Codice corso: **AZI4308VE1610**

Posti disponibili: **25**

Crediti ECM richiesti

MODELLI ORGANIZZATIVI ED ASSISTENZIALI: applicazione e ricadute nella pratica

27 novembre 2008

Orario: **9,30-13,30 / 14,30-17,30**

Iscritti IPASVI Venezia: **€ 20,84 + IVA 20% (tot. € 25,00)**

Codice corso: **AZI9508VE2711**

Posti disponibili: **100**

Crediti ECM richiesti

SEDE CORSI

VENEZIA ZELARINO
Centro pastorale "Cardinale Urbani"
Via Visinoni 4/c

**I GIOVEDÌ
SCIENTIFICI**

MODULO DI ISCRIZIONE (* Campi obbligatori)

Si prega di scrivere in stampatello

Codice evento:

DATI CORSISTA

Cognome * _____ Nome* _____

Codice Fiscale* _____ M F

Nato/a a* _____ Prov* _____ Il* _____

Indirizzo* _____

CAP* _____ Città* _____ Prov.* _____

Telefono/Cellulare* _____ Fax _____

e-mail _____@_____

Qualifica* (dato obbligatorio per svolgere le operazioni di segreteria) _____

Ente di appartenenza _____

Indirizzo lavorativo _____

CAP* _____ Città* _____ Prov.* _____

INTEGRAZIONE FATTURA

(da compilare solo se diversa dal nominativo del corsista)

Partita IVA _____

Intestatario fattura _____

Indirizzo lavorativo _____

CAP* _____ Città* _____ Prov.* _____

Firma _____

I dati sopra riportati verranno trattati da FORMAT sas nel rispetto di quanto stabilito dal D.Lgs. 196/03 - Codice in materia di protezione dei dati personali. Tutte le informazioni fornite in questo modulo saranno utilizzate da FORMAT sas nella persona di Silvano Telloi, titolare della società.

Si richiede il CONSENSO per l'utilizzo dei dati ai fini di comunicazione all'interessato di altre iniziative scientifiche di FORMAT sas. I dati non verranno diffusi a terzi se non per gli obblighi derivanti dal presente contratto e per esigenze chieste in qualsiasi momento la modifica o la cancellazione.

Per ulteriori informazioni sulle modalità di raccolta e trattamento dei dati personali è possibile consultare l'Informativa generale sul sito web www.formatasas.com o richiedere a FORMAT sas - Via XX Settembre 30 - 44021 Codigoro (FE) - Email info@formatasas.com

Firma _____

MODALITÀ DI ISCRIZIONE

Prima di procedere con l'iscrizione è necessario **contattare telefonicamente** la Segreteria organizzativa (Tel. **0533-713275**) per verificare la disponibilità dei posti

L'iscrizione si intende accettata alla ricezione, **via FAX al n. 0533-717314**, del:

- **Modulo di iscrizione** debitamente compilato e firmato
- **Ricevuta dell'avvenuto pagamento o autorizzazione scritta dell'ente di appartenenza**

Il pagamento può essere effettuato, indicando come **causale NOME, COGNOME e CODICE EVENTO**:

- **Tramite Bollettino Postale o Postagiuro** intestato a FORMAT sas - Via B. Buozzi 7/b - Codigoro (FE) CCP n° **56528466**
COD. IBAN: **IT4810760113000000056528466**

- **Tramite Bonifico Bancario** intestato a FORMAT sas - Via B. Buozzi 7/b - Codigoro (FE) Banca Antonveneta - Agenzia di Codigoro (FE)
COD. IBAN: **IT04P050406720000000012272H**

* I bonifici bancari a favore di FORMAT sas, effettuati presso tutte le filiali di Banca Antonveneta, **non sono soggetti a spese aggiuntive di commissione**, specificando all'operatore di cassa la tipologia di bonifico: **BES o ESE**

DISDETE e RIMBORSI

In caso di **disdetta**:

- **entro il termine d'iscrizione**, verrà restituito l'80% della quota versata
- **dal termine d'iscrizione, per 5 giorni lavorativi**, verrà restituito il 50% della quota

Scaduto questo termine, non verrà effettuato nessun rimborso

La Segreteria organizzativa si riserva di **non attivare il corso qualora non sia raggiunto il numero minimo di partecipanti previsto**

In questo caso verranno concordate con gli iscritti le modalità di rimborso

IPASVI



Collegio Provinciale
di Venezia

Corsi di formazione per INFERMIERI

SETTEMBRE – NOVEMBRE 2008

VENEZIA ZELARINO

INFORMAZIONI e ISCRIZIONI

Segreteria organizzativa **FORMAT**
Via XX settembre 30 - 44021 Codigoro (FE)
Tel. 0533 713 275

Cellulare 329 3953346

Fax 0533 717 314

Email info@formatasas.com

Web www.formatasas.com



IN RISPOSTA

Egregia redazione,
sono un'infermiera neo-laureata che da alcuni mesi ha iniziato a prestare servizio come turnista presso un ospedale di zona.

Vi scrivo per rispondere a quella collega che ha visto pubblicata, qualche mese fa, la sua lettera, nella quale denunciava la non adeguata assistenza infermieristica da parte del personale "neo-laureato" di reparto, nei confronti del fratello malato di leucemia.

Descriveva una serie di episodi nei quali non traspariva certo una "presa in carico del paziente", né tanto meno, come lei stessa diceva, professionalità, etica e buon senso.

In quanto neo-laureata e "aspirante" (poiché lavoro da poco tempo) professionista, però, mi sento chiamata in causa e mi permetto di fare un paio di considerazioni su questo fatto.

1) Credo che, per chi esercita la ns. professione, sia veramente duro stare vicino ai propri cari in momenti come questi, e che perciò, il dolore e la sofferenza che si provano siano enormemente amplificati. Capisco, quindi, come la collega possa essere rimasta scossa e "terrificata" da questa esperienza. Come dice lei stessa, dal momento del ricovero la vita sua e di tutti i suoi famigliari è stata stravolta. Purtroppo però, se capita, cerchiamo di restare il più vicino possibile ai nostri cari per assicurare loro una migliore degenza, un po' perché alla sofferenza siamo abituati e un po' per nostra indole... Ed ecco che pazienti che sono stati (o hanno in famiglia) professionisti sanitari, sono quasi sempre i più complessi da gestire, un po' perché tendono a chiedere più informazioni e specifiche degli altri, un po' perché hanno spesso da ridire su tempi, procedure e metodi di cura.. E la situazione si complica se le degenze si allungano..

2) Nei 3 anni di scuola infermieri è vero, lo dicono tutti, ci si faceva le ossa e si era spesso impiegati come forza lavoro. All'università le ore di tirocinio sono state pressoché dimezzate e la pratica che si acquisisce purtroppo è veramente scarsa, ma posso assicurare che, per chi lo fa con impegno, il percorso di studi (oltre ad essere costoso e non retribuito) non è proprio quel che si può definire "una passeggiata"! Ad ogni modo, il passaggio da scuola regionale ad università non è un discorso che dipende dal singolo, e indietro non si può tornare!

3) Vorrei sottolineare che un neo-laureato non ha per niente vita facile in reparto. Quando esce dall'università viene catapultato in un contesto lavorativo che ha ben poco a che vedere con quello che gli viene insegnato nel percorso di studi!

Non mi riferisco solo al passaggio dalla "teoria" alla "prassi", ma specialmente agli obiettivi di assistenza, alla metodologia di lavoro che si trovano nei reparti, che spesso sono fortemente in contrasto con ciò su cui veniamo formati.

In quanto professionisti della salute dovremmo agire con autonomia professionale, ma quanto è dura riuscire a trovare uno spazio solo nostro in una realtà dove la figura dell'infermiere è ancora così subor-

dinata alla classe medica!!!

Senza contare che si è spesso inseriti in reparti fortemente sotto organico dove bisogna imparare in fretta e bene, perché le responsabilità di un professionista sono tante. Ed ecco che magari capita di dover correre e "passar sopra" all'aerosol terapia o, ben più grave mancanza, a trascurare la "relazione" con il paziente!

Con questo non voglio assolutamente giustificare un comportamento sufficiente e superficiale come quello raccontato dalla collega.

Sono convinta che è un diritto degli ammalati pretendere il meglio dall'assistenza, che si può tradurre ad es. nell'averne una puntuale gestione della terapia del dolore, nell'iniziare la giusta alimentazione quando è prescritta, nel poter contare sull'infermiere anche come sostegno psicologico, specie in casi come questo, dove la medicina, purtroppo, non può fare molto!!

Mi dispiace molto sentire che la collega abbia avvertito solo una "non sempre educata indifferenza" da parte del personale infermieristico laureato, mi dispiace sentire che si sente così diversa e dissociata dai noi "nuovi professionisti della salute" quando invece apparteniamo tutti ad un'unica "grande famiglia".

Posso solo dirle che, per quanto mi riguarda, cerco di fare il meglio possibile per i miei pazienti, operando, dove non arrivano le mie conoscenze e la mia esperienza, con il buonsenso e l'umanità. Sono pure convinta che avere infermieri preparati anche culturalmente, non faccia altro che arricchire e dare importanza alla nostra professione, e spero che col tempo tutto serva a renderla molto più riconosciuta di quanto purtroppo non lo sia adesso.

Un saluto a tutti!

Lettera firmata

NUOVO CODICE DEONTOLOGICO

Presentata a Roma la Prima revisione
del NUOVO CODICE DEONTOLOGICO

Sono trascorsi quasi dieci anni dall'emanazione del Codice deontologico dell'infermiere, presentato a Rimini nel 1999 durante la celebrazione del XII Congresso nazionale Ipasvi. In questi dieci anni profondi sono stati i cambiamenti che hanno coinvolto l'intera società, il mondo della sanità e la professione infermieristica.

Opportuno, quindi, è sembrato al Comitato centrale della Federazione nazionale dei Collegi Ipasvi il procedere a una verifica e a una revisione del Codice deontologico degli infermieri italiani, strumento di fondamentale importanza ai fini dell'esercizio professionale.

La Presidente e il Comitato centrale invitano, quindi, tutti gli infermieri a dare il proprio contributo alla riflessione e al dibattito sui principi e sui i valori che costituiscono una guida e un punto di riferimento costante dell'agire professionale. Con questo incontro si apre la "stagione del confronto" su un documento che, in quanto "prima revisione" del Codice, è aperto a modifiche, integrazioni ed arricchimenti. L'invito è, in particolare, rivolto ai Presidenti dei Collegi provinciali Ipasvi e ai Presidenti delle Associazioni infermieristiche affinché si facciano carico di promuovere e sostenere questa importante "stagione del confronto" nella consapevolezza di essere parte di un ulteriore e importante momento di crescita e maturazione della professione. Il documento, ancora in fieri nell'articolato, potrà essere così completato anche con il Preambolo e con la strutturazione per Capi.

Un ringraziamento particolare è rivolto agli esperti che hanno collaborato con il Comitato centrale: Giannantonio Barbieri, avvocato - Daniele Rodriguez, medico legale - Antonio G. Spagnolo, bioeticista .

La Presidente della Federazione
Nazionale dei Collegi Ipasvi
Annalisa Silvestro

All'interno del sito www.ipasvive.it potrete trovare la versione digitale del codice questo permetterà, a quanti vogliono proporre osservazioni o modifiche, di farlo direttamente dal computer e quindi inviarla a: collegio@ipasvive.it

Il Codice deontologico dell'infermiere

Prima revisione - 12 febbraio 2008

Articolo 1

L'infermiere è il professionista sanitario responsabile dell'assistenza infermieristica.

Articolo 2

L'assistenza infermieristica è servizio alla persona e alla collettività. Si realizza attraverso interventi specifici, autonomi e complementari, di natura intellettuale, tecnico-scientifica, gestionale, relazionale ed educativa.

Articolo 3

La responsabilità dell'infermiere consiste nel curare e prendersi cura della persona, nel rispetto della vita, della salute, della libertà e della dignità dell'individuo.

Articolo 4

L'infermiere orienta la sua azione al bene dell'assistito, di cui attiva le risorse sostenendolo nel raggiungimento della maggiore autonomia possibile anche quando vi sia disabilità, svantaggio, fragilità.

Articolo 5

Il rispetto dei principi etici e dei diritti fondamentali dell'uomo è condizione essenziale per l'esercizio della professione infermieristica.

Articolo 6

L'infermiere riconosce la salute come bene fondamentale della persona e interesse della collettività e si impegna a tutelarla con attività di prevenzione, cura, palliazione e riabilitazione.

Articolo 7

L'infermiere presta assistenza secondo equità e giustizia, tenendo conto dei valori etici, religiosi e culturali, nonché dell'etnia, del genere e delle condizioni sociali della persona.

Articolo 8

L'infermiere, nel caso di conflitti determinati da diverse visioni etiche, si impegna a trovare la soluzione attraverso il dialogo. L'infermiere, qualora vi fosse e persistesse una richiesta di attività in contrasto con i principi etici della professione e con i propri valori, si avvale dell'obiezione di coscienza, facendosi garante delle prestazioni necessarie per l'incolumità e la vita dell'assistito.

Articolo 9

L'infermiere, nell'agire professionale, si impegna ad operare con prudenza anche al fine di non nuocere.

Articolo 10

L'infermiere contribuisce a rendere eque le scelte allocative, anche attraverso l'uso ottimale delle risorse disponibili.

Articolo 11

L'infermiere fonda il proprio operato su conoscenze validate e aggiorna saperi e competenze attraverso la formazione permanente, la riflessione critica sull'esperienza e la ricerca. Progetta e svolge attività di formazione, promuove ed attiva la ricerca e cura la diffusione dei risultati.

Articolo 12

L'infermiere chiede formazione e/o supervisione per pratiche nuove o sulle quali non ha esperienza.

Articolo 13

L'infermiere assume responsabilità in base al proprio livello di competenza e ricorre, se necessario, all'intervento o alla consulenza di infermieri esperti o specialisti. Presta consulenza ponendo le proprie conoscenze ed abilità a disposizione della comunità professionale.

Articolo 14

L'infermiere riconosce che l'interazione fra professionisti e l'integrazione interprofessionale

sono modalità fondamentali per rispondere ai problemi dell'assistito.

Articolo 15

L'infermiere riconosce il valore della sperimentazione clinica e assistenziale per l'evoluzione delle conoscenze e per i benefici sull'assistito. L'infermiere si astiene dal partecipare a sperimentazioni nelle quali l'interesse del singolo sia subordinato all'interesse della società.

Articolo 16

L'infermiere si attiva per l'analisi dei dilemmi etici vissuti nell'operatività quotidiana e promuove il ricorso alla consulenza etica, anche al fine di contribuire all'approfondimento della riflessione bioetica.

Articolo 17

L'infermiere, nell'agire professionale è libero da condizionamenti derivanti da pressioni o interessi di persone assistite, altri operatori, imprese, associazioni, organismi.

Articolo 18

L'infermiere, in situazioni di emergenza-urgenza, presta soccorso e si attiva per garantire l'assistenza necessaria; in caso di calamità si mette a disposizione dell'autorità competente.

Articolo 19

L'infermiere, attraverso l'informazione e l'educazione, promuove stili di vita sani e la diffusione del valore e della cultura della salute; a tal fine attiva e sostiene la rete di rapporti tra servizi e operatori.

Articolo 20

L'infermiere ascolta, informa, coinvolge l'assistito e valuta con lui i bisogni assistenziali, anche al fine di esplicitare il livello di assistenza garantito e facilitarlo nell'esprimere le proprie scelte.

Articolo 21

L'infermiere, rispettando le indicazioni espresse dall'assistito, ne favorisce i rapporti con la comunità e le persone per lui significative, che coinvolge nel piano di assistenza, tenendo conto della dimensione interculturale.

Articolo 22

L'infermiere conosce il progetto diagnostico terapeutico per le influenze che questo ha sul piano di assistenza e sulla relazione con l'assistito.

Articolo 23

L'infermiere riconosce il valore dell'informazione integrata multiprofessionale e si adopera affinché l'assistito disponga di tutte le informazioni necessarie ai suoi bisogni di vita.

Articolo 24

L'infermiere aiuta e sostiene l'assistito nelle scelte, fornendo informazioni di natura assistenziale in relazione ai progetti diagnostico terapeutici e adeguando la comunicazione alla sua capacità di comprendere.

Articolo 25

L'infermiere rispetta la consapevole ed esplicita volontà della persona di non essere informata, purché la mancata informazione non sia di pericolo per sé o per gli altri.

Articolo 26

L'infermiere assicura e tutela la riservatezza nel trattamento dei dati relativi alla persona. Nella raccolta, nella gestione e nel passaggio di dati, si limita a ciò che è attinente all'assistenza.

Articolo 27

L'infermiere garantisce la continuità assistenziale anche contribuendo alla realizzazione di una rete di rapporti interprofessionali e di una efficace gestione degli strumenti informativi.

Articolo 28

L'infermiere rispetta il segreto professionale non solo per obbligo giuridico, ma per intima convinzione e come espressione concreta della reciproca fiducia con l'assistito.

Articolo 29

L'infermiere promuove le migliori condizioni possibili di sicurezza dell'assistito e dei familiari, concorrendo allo sviluppo della cultura dell'imparare dall'errore e partecipando alle iniziative per la gestione del rischio clinico.

Articolo 30

L'infermiere si adopera affinché il ricorso alla contenzione sia evento straordinario, motivato da prescrizione terapeutica o da documentate valutazioni assistenziali.

Articolo 31

L'infermiere concorre alla sperimentazione clinico- assistenziale conoscendone il protocollo, anche per valutare le implicazioni per l'assistenza e per l'assistito.

Articolo 32

L'infermiere si adopera affinché l'opinione del minore rispetto alle scelte terapeutiche e sperimentali sia presa in considerazione, tenuto conto dell'età del minore e del suo grado di maturità.

Articolo 33

L'infermiere si impegna a promuovere la tutela delle persone che si trovano in condizioni che ne limitano lo sviluppo o l'espressione, quando la famiglia e il contesto non siano adeguati ai loro bisogni.

Articolo 34

L'infermiere che rilevi maltrattamenti o privazioni a carico dell'assistito, deve mettere in opera tutti i mezzi per proteggerlo segnalando le circostanze, ove necessario, all'autorità competente.

Articolo 35

L'infermiere si attiva per alleviare la sofferenza, adoperandosi affinché l'assistito riceva tutti i trattamenti necessari.

Articolo 36

L'infermiere assiste la persona, qualunque sia la sua condizione clinica e fino al termine della vita, riconoscendo l'importanza della palli azione e del conforto ambientale, fisico, psicologico, relazionale, spirituale.

Articolo 37

L'infermiere tutela la volontà dell'assistito di porre dei limiti agli interventi che non siano proporzionati alla sua condizione clinica e coerenti con la concezione da lui espressa della qualità di vita.

Articolo 38

L'infermiere, quando l'assistito non è in grado di manifestare la propria volontà, tiene conto di quanto da lui chiaramente espresso in precedenza e documentato.

Articolo 39

L'infermiere sostiene i familiari e le persone di riferimento dell'assistito, in particolare nella evoluzione terminale della malattia e nel momento della perdita e della elaborazione del lutto.

Articolo 40

L'infermiere non partecipa a interventi finalizzati a provocare la morte, anche se la richiesta proviene dall'assistito.

Articolo 41

L'infermiere favorisce l'informazione e l'educazione sulla donazione di sangue, tessuti ed organi e sostiene le persone coinvolte nel donare e nel ricevere

Articolo 42

L'infermiere collabora con i colleghi e gli altri operatori, di cui riconosce e valorizza lo specifico apporto all'interno dell'équipe.

Articolo 43

L'infermiere tutela la dignità propria e dei colleghi, attraverso comportamenti ispirati al rispetto e alla solidarietà.

Articolo 44

L'infermiere segnala al proprio organismo di rappresentanza professionale ogni abuso o comportamento dei colleghi contrario alla deontologia.

Articolo 45

L'infermiere tutela il decoro proprio e della professione ed esercita l'attività con lealtà nei confronti dei

collegli e degli altri operatori.

Articolo 46

L'infermiere si ispira a trasparenza e veridicità nei messaggi pubblicitari e nella divulgazione delle informazioni, nel rispetto delle indicazioni fornite dal proprio organismo di rappresentanza professionale.

Articolo 47

L'infermiere, ai diversi livelli di responsabilità, contribuisce ad orientare le politiche e lo sviluppo del sistema sanitario, al fine di garantire il rispetto dei diritti degli assistiti, l'equo utilizzo delle risorse e la valorizzazione del ruolo professionale.

Articolo 48

L'infermiere, ai diversi livelli di responsabilità, di fronte a carenze o disservizi provvede a darne comunicazione ai responsabili professionali della struttura in cui opera o a cui afferisce il proprio assistito.

Articolo 49

L'infermiere compensa le carenze della struttura attraverso un comportamento ispirato alla cooperazione, nell'interesse dei cittadini e dell'istituzione. L'infermiere, qualora vengano a mancare i caratteri della eccezionalità o sia pregiudicato il suo prioritario mandato professionale, si oppone alla compensazione specificandone le ragioni, pur impegnandosi per il superamento delle carenze o dei disservizi.

Articolo 50

L'infermiere, a tutela della salute delle persone, segnala al proprio organismo di rappresentanza professionale le situazioni che possono configurare l'esercizio abusivo della professione infermieristica.

Articolo 51

L'infermiere segnala al proprio organismo di rappresentanza professionale le situazioni in cui sussistono circostanze o persistono condizioni che limitano la qualità delle cure e dell'assistenza o il decoro dell'esercizio professionale.

collegio@ipasvive.it

IL SISTEMA DELLE CURE PRIMARIE

Prima Conferenza Nazionale sulle Cure Primarie

Il sistema delle cure primarie

L'assistenza sanitaria di base è quella assistenza sanitaria essenziale, fondata su metodi pratici e tecnologie appropriate, scientificamente valide e socialmente accettabili, resa universalmente accessibile agli individui e alle famiglie nella collettività, attraverso la loro piena partecipazione, a un costo che la collettività e i paesi possono permettersi ad ogni stadio del loro sviluppo nello spirito di responsabilità e di autodeterminazione.

L'assistenza sanitaria di base fa parte integrante sia del sistema sanitario nazionale, di cui è il perno e il punto focale, sia dello sviluppo economico e sociale globale della collettività.

È il primo livello attraverso il quale gli individui, le famiglie e la collettività entrano in contatto con il sistema sanitario nazionale, avvicinando il più possibile l'assistenza sanitaria ai luoghi dove le persone vivono e lavorano, e costituisce il primo elemento di un processo continuo di protezione sanitaria.

Le cure primarie rappresentano un sistema dotato di caratteristiche peculiari e profondamente diverse da quelle, altrettanto tipiche, dell'assistenza ospedaliera. Per le Cure primarie a prevalere è il cosiddetto paradigma "dell'iniziativa" con il quale s'intende un pattern assistenziale orientato alla "promozione attiva" della salute e al rafforzamento delle risorse personali (auto-cura e family learning) e sociali (reti di prossimità e capitale sociale) a disposizione dell'individuo, specie se affetto da malattie croniche o disabilità.

Elementi fondamentali dell'area delle cure primarie sono l'estensività ed equità nell'assistenza e nell'accesso alle cure, la prossimità delle cure ai luoghi di vita dei cittadini, l'integrazione tra attività sanitaria e sociale, la valorizzazione del capitale umano e sociale a disposizione dell'individuo e la partecipazione della comunità locale e dei cittadini alla programmazione dei servizi e alla valutazione delle attività e dei risultati di salute.

Il contesto

Siamo di fronte a cambiamenti che impongono alla sanità pubblica scenari di assistenza assai diversi rispetto al passato: la migliore aspettativa di vita, l'invecchiamento della popolazione, il conseguente incremento della incidenza delle malattie croniche e degenerative pongono, infatti, la necessità di riorganizzare il sistema per garantire una efficace presa in carico anche di cronicità e disabilità e portano con sé l'esigenza di rafforzare i sistemi di cure primarie per offrire adeguati livelli di assistenza alternativi e più efficaci.

In questo contesto, sono fondamentali:

"la programmazione e la valutazione dei bisogni dei cittadini, anche ai fini della definizione delle priorità;

"l'appropriatezza, l'uso razionale delle risorse e il filtro (e anche la committenza) verso le cure secondarie e terziarie;

"il coordinamento, la continuità delle cure e la gestione complessiva dei percorsi assistenziali, a partire dal primo contatto con il paziente.

Le Cure Primarie devono rispondere a queste nuove esigenze e in questo senso possono essere individuate come "l'area sistema" nella quale si realizza l'approccio primario alla promozione e tutela della salute della popolazione. Esse rappresentano l'organizzazione che garantisce e rafforza il raccordo con

e tra i Medici di Medicina Generale e i Medici di Continuità Assistenziale, con i Pediatri di Libera Scelta, ma anche tra e con gli Specialisti Convenzionati e quelli Ospedalieri, gli Infermieri e i Tecnici della Riabilitazione, gli Assistenti Sociali e gli Addetti all'Assistenza, allo scopo di garantire, riqualificare e razionalizzare la continuità assistenziale con il supporto specialistico e di un eventuale ricovero ospedaliero in un'ottica di appropriatezza clinica e di comunità.

Molti sono i compiti in carico all'area delle cure primarie tra i quali:

"l'organizzazione dell'attività di valutazione multidimensionale per tutte le tipologie di bisogno;

"la definizione ed il presidio (in collaborazione con la struttura ospedaliera) dei percorsi assistenziali dei pazienti affetti da malattie cronico-degenerative a maggiore prevalenza, utilizzando al meglio tutte le strutture intermedie;

"la vigilanza sul servizio di continuità assistenziale e sul suo coinvolgimento nei progetti di tutela della salute territoriali.

In raccordo con il Servizio farmaceutico e gli altri Servizi Aziendali competenti l'area delle cure primarie assicura, inoltre, le seguenti funzioni:

"vigilanza sulle attività delle farmacie presenti sul territorio;

"cura dei rapporti con le farmacie territoriali ai fini della promozione di una collaborazione a specifici obiettivi aziendali;

"organizzazione dell'assistenza farmaceutica per i casi previsti in assistenza domiciliare;

"collaborazione con le unità operative che si occupano di residenzialità territoriale nell'erogazione dell'assistenza farmaceutica e nell'analisi e monitoraggio delle prescrizioni farmaceutiche nelle residenze protette;

"valutazione tecnica di eventuali presidi o di innovazioni tecnologiche proposti come potenziali strumenti per l'ottimizzazione dell'assistenza domiciliare;

"aggiornamento sistematico dei medici di medicina generale e pediatri di libera scelta rispetto alla normativa riguardante gli atti prescrittivi;

"elaborazione dei dati relativi alla spesa farmaceutica territoriale per l'analisi e il monitoraggio delle prescrizioni farmaceutiche dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta, allo scopo di consentire l'individuazione di azioni utili al miglioramento della qualità ed appropriatezza prescrittiva, con riferimento anche al governo della spesa farmaceutica, e della qualità dell'assistenza.

Il processo di riorganizzazione

Piano sanitario nazionale 2003-2005

Nell'ambito dei dieci progetti per la strategia del cambiamento, ne qualifica uno con il compito di promuovere il territorio quale primaria sede di assistenza e di governo dei percorsi sanitari e socio sanitari. La necessità, ormai inderogabile, è di organizzare meglio il territorio spostandovi risorse e servizi finora assorbiti dagli ospedali, in una logica di sanità ospedalocentrica non più sostenibile. L'attenzione si sposta sui Medici di Medicina Generale e sui pediatri di libera scelta, ai quali si chiede di giocare un ruolo maggiore che in passato.

Accordo Stato-Regioni 24 luglio 2003

Tra le cinque linee di priorità individuate: le Cure primarie (favorire lo sviluppo di forme innovative di organizzazione dell'assistenza primaria, attraverso nuove modalità aggregative dei medici che operano nell'ambito della primary care, quali, ad esempio, le UTAP (Unità Territoriali di Assistenza Primaria).

Accordi Stato Regioni 29 luglio 2004 e 9 febbraio 2006

Conferma la necessità di organizzare meglio il territorio spostandovi risorse e servizi che oggi sono ancora assorbiti dagli ospedali e spostando fortemente l'attenzione sui MMG e PLS ai quali si è chiesto di intraprendere un cammino che porti al superamento dell'assistenza primaria basata sullo studio individuale del medico, in favore di forme aggregate ed integrate di organizzazione che consentano, in sedi uniche, la risposta ai bisogni di salute dei cittadini h 24 7 giorni a settimana.

Piano Sanitario Nazionale 2006 -2008

Tra gli elementi di rinnovamento del S.S.N. pone la riorganizzazione delle Cure Primarie da espletarsi attraverso il sempre più crescente coinvolgimento dei Medici di Medicina Generale (MMG) e il Pediatra

di Libera Scelta (PLS) nel governo della domanda e di percorsi sanitari che vedono l'integrazione di molteplici figure professionali.

Legge finanziaria 2007

Prevede l'istituzione di un fondo per il cofinanziamento di progetti regionali su specifiche materie considerate di particolare interesse sanitario, fra cui la sperimentazione del modello assistenziale "case della salute".

D.M. 10 luglio 2007

Attuativo delle previsioni della legge finanziaria, individua la "sperimentazione del modello assistenziale case della salute".

Accordo Stato Regioni 1 agosto 2007

Ha riservato il 25% delle risorse al tema delle cure primarie con riferimento anche alla sperimentazione della "Casa della Salute".

Documento conclusivo della Conferenza, i dieci punti fondamentali

Al termine dei lavori della Prima Conferenza Nazionale sulle Cure Primarie è stato presentato il seguente documento conclusivo: "La Conferenza riaffermando i principi contenuti nella Dichiarazione di Alma Ata del 1978: L'assistenza sanitaria di base è quell'assistenza sanitaria essenziale fondata su metodi pratici e tecnologie appropriate, scientificamente valide e socialmente accettabili, resa universalmente accessibile agli individui, le famiglie e la collettività. È il primo livello attraverso il quale gli individui, le famiglie e la collettività entrano in contatto con il sistema sanitario nazionale, avvicinando il più possibile l'assistenza sanitaria ai luoghi dove le persone vivono e lavorano e costituisce il primo elemento di un processo continuo di protezione sanitaria, concorda sui seguenti punti:

1. La salute non deriva soltanto dalla efficienza dei servizi sanitari, ma dalle politiche più generali di una comunità. Salubrità degli ambienti di vita e di lavoro, promozione di stili di vita sani e della salute in tutte le politiche rappresentano momenti essenziali nel perseguimento di questo obiettivo.

2. I sistemi di assistenza primaria impongono di ripensare il territorio, che è garanzia effettiva dei LEA, di progettarlo, di dotarlo delle infrastrutture necessarie al suo governo, di riequilibrarne il rapporto con le altre aree della assistenza evitandone la ospedalizzazione.

3. Il distretto è lo snodo fondamentale nella organizzazione del secondo pilastro della sanità pubblica, quello territoriale, e garante della integrazione ai diversi livelli.

4. La centralità dei cittadini è resa effettiva attraverso la presa in carico e la garanzia di continuità dell'assistenza, organizzata per percorsi integrati, al di fuori di qualunque logica meramente prestazionale, utilizzando opportunità come la Casa della Salute.

5. La continuità tra le diverse aree della assistenza (sociale e sanitaria, primaria e ospedaliera) è elemento imprescindibile per la qualità e la sicurezza delle cure e deve essere organizzata in percorsi integrati.

6. I sistemi di assistenza primaria rappresentano la risposta più adeguata e appropriata per il nuovo, complesso, esigente bisogno di salute e per garantire personalizzazione dei percorsi e attenzione per la qualità della vita in tutte le sue fasi.

7. Il punto di vista della persona, valorizzandone responsabilità e competenza, è elemento costitutivo e imprescindibile nella costruzione dei percorsi assistenziali.

L'organizzazione dei sistemi di assistenza primaria deve essere strumentale alle funzioni svolte e la loro qualità deve essere misurata e valutata per obiettivi di salute.

8. I sistemi di assistenza primaria devono essere in grado di assicurare capacità di lettura e interpretazione precoce dei bisogni, interlocuzione pronta, intervento preventivo, presa in carico di cronicità e disabilità, azioni curative e riabilitative secondo l'approccio tipico della medicina di iniziativa.

9. L'ampliamento e la valorizzazione delle competenze, l'integrazione disciplinare e professionale sono garanzia di continuità e coerenza nelle risposte ai bisogni della persona.

10. I sistemi di assistenza primaria devono essere fondati su una governance basata sulla trasparenza, sul merito, sul coinvolgimento delle professioni, sulla partecipazione attiva dei cittadini. Enti locali, aziende sanitarie, cittadini singoli e associati partecipano alla

individuazione e definizione di politiche sociali e sanitarie orientate al perseguimento di obiettivi di salute."

26 febbraio 2008

La casa della salute

Che cosa è la Casa della salute

La Casa della salute è un insieme di attività organizzate in aree specifiche di intervento profondamente integrate fra loro in cui si realizza la presa in carico del cittadino per tutte le attività socio-sanitarie che lo riguardano.

Nella Casa della salute, dunque, devono poter essere effettuati tutti gli accertamenti diagnostico-strumentali di base 7 giorni su 7 e per almeno 12 ore al giorno. Nella Casa della salute deve trovare implementazione la gestione informatizzata di tutti i dati sanitari e devono venire attivate le procedure di teleconsulto e di telemedicina che consentano una diagnosi specialistica di 2° livello.

Nella Casa della salute, inoltre, devono trovare implementazione le linee guide condivise e i percorsi terapeutici ed assistenziali sulle principali patologie realizzando quella continuità terapeutica tra la fase acuta e quella della post-acuzie e riabilitazione oggi mancante.

La sanità territoriale è stata tradizionalmente un aggregato povero di ambulatori e di servizi senza una propria identità e senza un proprio radicamento nell'immaginario collettivo. Ruolo cruciale per promuovere la continuità assistenziale è quello dei medici di famiglia in grado di offrire al cittadino un punto di riferimento che lo guidi nel suo percorso di formazione, cura e riabilitazione. La convenzione dei medici di famiglia prevede, tra l'altro, lo sviluppo delle cure primarie attraverso la costituzione di nuovi modelli organizzativi sul territorio come l'Unità Territoriale di Assistenza primaria e forma di aggregazione dei medici di famiglia.

L'evoluzione del distretto, la figura rinnovata del medico di famiglia e di quello ambulatoriale, il ruolo forte delle professioni sanitarie e sociali può portare alla definizione di un nuovo progetto di medicina del territorio attraverso la promozione della Casa della salute

La casa della salute

Pagina aggiornata il 25 febbraio 2008

Presentazione

Proposte e sperimentazioni per arrivare a costruire la "Casa della salute", una nuova struttura vicina al cittadino per rispondere ai nuovi bisogni di assistenza sul territorio, sono state discusse nel corso del Convegno promosso a Roma dal Ministero della Salute, il 22 marzo scorso.

La "Casa della salute" intende promuovere e valorizzare la partecipazione dei cittadini, soprattutto delle loro organizzazioni, assicurando forme di programmazione dei servizi e di valutazione dei risultati nei vari presidi e servizi. Inoltre organizza e coordina le risposte da dare al cittadino nelle sedi più idonee, privilegiando il domicilio e il contesto sociale delle persone.

La Casa della salute è un insieme di attività organizzate in aree specifiche di intervento profondamente integrate fra loro in cui si realizza la presa in carico del cittadino per tutte le attività socio-sanitarie che lo riguardano.

La 'Casa della salute' - vicino al cittadino 7 giorni su 7 e 24 ore al giorno per rispondere ai nuovi bisogni di assistenza - vuole diventare un vero e proprio pilastro della sanità pubblica da affiancare all'ospedale.

L'incontro nazionale rappresenta l'occasione per un confronto tra il Ministero della Salute, le Regioni, gli operatori sanitari, le forze sociali e le associazioni dei cittadini che saranno chiamati a svolgere un ruolo di attori nel processo di potenziamento del sistema di cure primarie di cui la Casa della salute è parte di rilievo.

DOCUMENTO CONCLUSIVO

Prima Conferenza Nazionale sulle Cure Primarie

Documento conclusivo della Conferenza, i dieci punti fondamentali

Al termine dei lavori della Prima Conferenza Nazionale sulle Cure Primarie è stato presentato il seguente documento conclusivo:

"La Conferenza riaffermando i principi contenuti nella Dichiarazione di Alma Ata del 1978:

L'assistenza sanitaria di base è quell'assistenza sanitaria essenziale fondata su metodi pratici e tecnologie appropriate, scientificamente valide e socialmente accettabili, resa universalmente accessibile agli individui, le famiglie e la collettività. È il primo livello attraverso il quale gli individui, le famiglie e la collettività entrano in contatto con il sistema sanitario nazionale, avvicinando il più possibile l'assistenza sanitaria ai luoghi dove le persone vivono e lavorano e costituisce il primo elemento di un processo continuo di protezione sanitaria,

concorda sui seguenti punti:

1. La salute non deriva soltanto dalla efficienza dei servizi sanitari, ma dalle politiche più generali di una comunità. Salubrità degli ambienti di vita e di lavoro, promozione di stili di vita sani e della salute in tutte le politiche rappresentano momenti essenziali nel perseguimento di questo obiettivo.
2. I sistemi di assistenza primaria impongono di ripensare il territorio, che è garanzia effettiva dei LEA, di progettare, di dotarlo delle infrastrutture necessarie al suo governo, di riequilibrarne il rapporto con le altre aree della assistenza evitandone la ospedalizzazione.
3. Il distretto è lo snodo fondamentale nella organizzazione del secondo pilastro della sanità pubblica, quello territoriale, e garante della integrazione ai diversi livelli.
4. La centralità dei cittadini è resa effettiva attraverso la presa in carico e la garanzia di continuità dell'assistenza, organizzata per percorsi integrati, al di fuori di qualunque logica meramente prestazionale, utilizzando opportunità come la Casa della Salute.
5. La continuità tra le diverse aree della assistenza (sociale e sanitaria, primaria e ospedaliera) è elemento imprescindibile per la qualità e la sicurezza delle cure e deve essere organizzata in percorsi integrati.
6. I sistemi di assistenza primaria rappresentano la risposta più adeguata e appropriata per il nuovo, complesso, esigente bisogno di salute e per garantire personalizzazione dei percorsi e attenzione per la qualità della vita in tutte le sue fasi.
7. Il punto di vista della persona, valorizzandone responsabilità e competenza, è elemento costitutivo e imprescindibile nella costruzione dei percorsi assistenziali. L'organizzazione dei sistemi di assistenza primaria deve essere strumentale alle funzioni svolte e la loro qualità deve essere misurata e valutata per obiettivi di salute.
8. I sistemi di assistenza primaria devono essere in grado di assicurare capacità di lettura e interpretazione precoce dei bisogni, interlocuzione pronta, intervento preventivo, presa in carico di cronicità e disabilità, azioni curative e riabilitative secondo l'approccio tipico della medicina di iniziativa.
9. L'ampliamento e la valorizzazione delle competenze, l'integrazione disciplinare e professionale sono garanzia di continuità e coerenza nelle risposte ai bisogni della persona.
10. I sistemi di assistenza primaria devono essere fondati su una governance basata sulla trasparenza, sul merito, sul coinvolgimento delle professioni, sulla partecipazione attiva dei cittadini. Enti locali, aziende sanitarie, cittadini singoli e associati partecipano alla individuazione e definizione di politiche sociali e sanitarie orientate al perseguimento di obiettivi di salute."

26 febbraio 2008

RUOLO DEL CITTADINO E MODELLI ORGANIZZATIVI

di Alessandra De Pieri

STRUTTURA OSPEDALIERA, RUOLO DEL CITTADINO E MODELLI ORGANIZZATIVI DELL'ASSISTENZA INFERMIERISTICA: QUALE LEGAME?

Questo contributo ha l'intento di far comprendere come la realtà ospedaliera di oggi, la struttura di alcuni reparti, con conseguenti "vecchi retaggi", e l'evoluzione del ruolo dell'infermiere e dei modelli di assistenza siano frutto di un percorso storico-culturale in continuo divenire. All'interno di questo percorso si sottolinea come il cittadino contribuisca in modo considerevole all'evoluzione della professione infermieristica in termini anche di modelli organizzativi.

La storia dell'ospedale e la storia della medicina hanno avuto differenti percorsi e si sono incontrate solo nell'era moderna. Un'eccezione la fanno le infermerie militari che fin dall'antichità erano strutture destinate ad esclusive attività sanitarie, quindi veri e propri ospedali, anche dal punto di vista progettuale, mostrando chiaramente di essere costruite con una funzione specifica: accogliere e curare malati e feriti. Luoghi ospitali nascono con l'era cristiana ed erano gestiti unicamente dal clero, con lo scopo di offrire ricetto ed aiuto agli infermi (pellegrini, vecchi, poveri, orfani, nubili, affaticati...), l'obiettivo era quello di riuscire a contenere il maggior numero di ospiti nel minor spazio possibile (Hotel Dieu di Parigi accoglieva 3500 ospiti). In questi contesti non erano praticati interventi isolanti a fini terapeutici, poiché il malato non era oggetto di assistenza primaria, ma solo l'incarnazione di valori e moniti religiosi. L'eredità del medioevo è una ricca rete di grandi "ospedali" sui quali, specie in Italia, si organizza a tutt'oggi l'edilizia ospedaliera.

Da centro di accoglienza indifferenziata l'ospedale assunse nel tempo una connotazione via via più funzionale, arrivando ad ospitare solo ammalati, escludendone tuttavia alcuni come i lebbrosi. Dal basso medioevo e rinascimento cominciò la laicizzazione dell'assistenza al malato, che divenne quindi un problema sociale di cui si doveva far carico la Città o il Principe. Concettualmente prevaleva il concetto di protezione sociale dalla malattia con la difesa del sano dal malato.

Primo ospedale dell'era rinascimentale è il Ca' Grande di Milano (Maggiore) commissionato a Filerete da Francesco Sforza nel 1456: due grandi planimetrie a croce greca, a sinistra quelle della donna a destra quelle degli uomini, al centro l'altare per l'assistenza religiosa. Filerete avendo avuto esperienze di architettura militare era culturalmente impostato verso una progettazione concreta e finalizzata, notevoli furono le sue intuizioni sul rapporto spazio-malato, e per l'epoca, era geniale il progetto per le latrine e la pulizia ambientale.

Dal '700 in poi, sulla scia della rivoluzione illuminista e dal successo della conoscenza medica nacque "la medicina da ospedale" e quest'ultimo divenne quindi luogo di sapere e di potere. Nel 1790 l'ospedale illuministico di Jaques Tenon si presentava con lunghe corsie a 32 letti, al termine delle quali vi era l'infermeria e non l'altare.

Nel 1854 l'architetto Gauthier portò a termine il progetto del primo vero ospedale clinico, il Lariboiseire di Parigi a padiglioni separati. Il singolo padiglione con il tempo si affermò come Unità di Degenza, con numero massimo di trenta posti letto, facilmente gestibile, sia dal punto di vista organizzativo che clinico. Nell'800 si impose il reparto di degenza organizzato provvisto di servizi igienici in numero sempre più adeguato e di posti letto individuali. Florence Nightingale nelle sue note sugli ospedali, pubblicato nel 1863, descrisse quattro elementi di design considerati essenziali per un efficiente lavoro infermieristico:

- 1) riunire tutto il materiale di cui le infermiere potevano aver bisogno nel luogo più adatto;
- 2) facilità di supervisione
- 3) distribuzione dei malati in numero adeguato per poter essere sorvegliati
- 4) posizione delle stanze delle infermiere che permettano una buona visione degli ammalati.

Dei quattro solo il primo è stato tenuto in considerazione nei moderni progetti ospedalieri, gli altri tre elementi sembrano essere in conflitto con l'enfasi moderna sui diritti del paziente alla privacy.

Le prime ricerche che esaminarono in dettaglio il lavoro ospedaliero, l'ambiente e le implicazioni per il design sono state condotte dal team Nuffeld nel 1955. All'epoca in Europa e in America gli ospedali venivano progettati con camere a 4-6 letti e un numero di stanze singole sempre maggiore. Questo rifletteva la necessità di una maggiore privacy, ma non solo, infatti in America erano forti le spinte delle compagnie assicurative che richiedevano la sistemazione dei pazienti in stanze con non più di quattro letti. In Gran Bretagna tuttavia i grandi stanzoni della tradizione Nightingale rimasero ancora per anni. Dal reparto con un unico grande stanzone si sono quindi con il tempo strutturati dei reparti con più camere, a sei e quattro letti, e il 25% di posti/reparto sistemati in camere singole. La disposizione di queste camere poteva presentarsi a nucleo o prendere una forma allungata ad uno o due corridoi. Si è visto come la struttura e le funzioni dell'ospedale abbiano subito continue evoluzioni indotte anche dalle mutate esigenze dell'utente e dell'assistenza infermieristica. Inizialmente infatti il malato era colui "che aveva bisogno" e non era in grado di assolvere ai suoi compiti sociali, gli "atti infermieristici" erano atti caritatevoli svolti perlopiù da religiosi. Con la creazione degli ospedali e l'egemonia medica l'attenzione si rivolse maggiormente verso la malattia piuttosto che verso il paziente nella sua globalità. Per quanto riguarda la figura dell'infermiere, solo nell'800 Florence Nightingale pose le basi di un vero e proprio ruolo ausiliario alla competenza medica, dotato di conoscenze e pratiche specifiche, anche se con una forte componente vocazionale all'assistenza. Con il tempo le condizioni operative, quasi esclusivamente in ambito ospedaliero, non hanno permesso lo sviluppo professionale, in quanto i modelli utilizzati sono rimasti per lungo tempo statici, ripetitivi, funzionali all'organizzazione del lavoro, più che finalizzati alle esigenze dell'utente e ai diversi bisogni di salute (1).

Oggi le cose sono molto cambiate. Fattori sociali ed economici come l'aumento del tenore di vita, del livello di scolarità e dell'età media della popolazione hanno agito sui bisogni individuali aumentando la percezione della salute come valore e stimolando la domanda di prodotti e/o servizi sanitari e parasanitari, ai quali è richiesta soprattutto efficacia. Anche l'aumento del reddito medio pro capite ha favorito la richiesta di servizi maggiormente personalizzati, rivolti ad una gamma assai ampia di esigenze di cui in passato non era avvertita la necessità (2). Il cittadino è titolare del diritto alla salute, sancito dall'art. 32 della costituzione, alla privacy (3) inteso non solo come diritto a stare da solo ma anche come "diritto a mantenere il controllo sulle proprie informazioni" (4). Le persone sono sempre più coscienti di questi diritti e dispongono di maggiori informazioni grazie alla diffusione di mass-media e internet. Il cittadino-utente e la sua famiglia vogliono sempre più essere al centro delle cure e partecipare delle scelte terapeutiche. La valorizzazione del paziente rientra a pieno titolo nella mentalità e prassi dell'infermiere come emerge da uno studio condotto sugli infermieri italiani (1), trovando riscontro anche nel codice deontologico (5) e nel patto infermiere-cittadino (6).

Negli anni novanta, questi fattori sociali ed economici, assieme a quelli politici ed organizzativi, hanno portato alla riforma sanitaria attraverso il DLgs 502/92 e successive modifiche (7) che hanno imposto una radicale trasformazione dell'assetto attuato dalla precedente legge 833/78. In breve l'obiettivo era quello di conferire efficienza ed efficacia ai servizi pubblici, di cui la sanità resta componente essenziale, per incrementare la qualità, migliorare i risultati e ottimizzare le risorse. Tuttavia questo ampio processo di riforma doveva incidere anche sui suoi aspetti sostanziali, rappresentati, nel caso specifico, dagli operatori, ossia dai mezzi che rendono possibile la trasformazione della domanda di servizi e/o prestazioni in prodotti finiti o output. Il legislatore ha dato quindi inizio ad un intervento di rimodellazione, agendo sui tratti fisionomici di ogni singola figura professionale, modificandone il ruolo e le competenze allo scopo di ottenere professionisti capaci, motivati, responsabili, e con un alto livello di formazione generale e specifica. Le leggi che riguardano il profilo professionale dell'infermiere (8), l'abolizione del mansionario (9) e la nuova disciplina delle professioni sanitarie (10) prendono forma proprio in questi anni di riforme, producendo importanti effetti proprio nelle modalità di attuazione dell'assistenza.

Per rispondere quindi ai mutati bisogni della popolazione e ai cambiamenti avvenuti nel mondo sanitario, gli infermieri, soprattutto del nord America e Gran Bretagna, hanno progettato e utilizzato diversi sistemi di erogazione delle cure (nursing service delivery models) adeguandoli inoltre alle nuove potenzialità e competenze che offre oggi la professione infermieristica. Tra i vari modelli organizzativi che sono stati elaborati oltre al noto modello funzionale, si ricordano: il team nursing, il primary nursing, il modular nursing, il patient focus care, il case management, il differentiated nursing practice, e advanced nursing practice, shared governance (11).

Nel nostro Paese è la legislazione stessa che impone modelli di assistenza che prendano in carico la persona, incentivando il superamento del modello funzionale. Si cita a tal proposito il DM 739/94 dove si identifica l'infermiere come colui che "pianifica, gestisce e valuta l'intervento assistenziale infermieristico" (8) e la Legge 251/00 art. 1 comma 3 (10) dove cita "Gli operatori delle professioni sanitarie dell'area delle scienze infermieristiche ... svolgono con autonomia professionale attività dirette alla prevenzione, alla cura e salvaguardia della salute individuale e collettiva ... utilizzando metodologie di pianificazione per obiettivi dell'assistenza". Tuttavia in Italia il processo di cambiamento è ancora in corso e di fatto il modello per compiti è ancora quello maggiormente in uso, come alternativa a questo viene sovente implementato il modello per settori.

Il modello per compiti

Definizione: è un modello tecnico che prevede l'erogazione dell'assistenza attraverso l'assegnazione di specifici compiti (o mansioni) agli infermieri e altro personale di supporto. Ogni operatore è destinato a svolgere singole attività nei confronti di tutte le persone assistite, ad esempio "giro letti" o "giro terapia orale", sulla base di attività standard previste per l'assistenza e per il funzionamento dell'unità operativa.

Nato negli anni trenta/quaranta e tratto dalle imprese industriali rispondenti al modello meccanico, che aveva lo scopo di incrementare la produttività e raggiungere la massima efficienza, il modello funzionale o per compiti è attualmente il sistema più utilizzato in Italia.

Risponde all'esigenza di ottenere il massimo numero di prestazioni con un numero esiguo di risorse umane e materiali.

All'inizio del turno di servizio, gli infermieri si distribuiscono le attività infermieristiche da svolgere. L'attività assistenziale è centrata sul compito e non sull'assistito e quindi non risulta possibile la pianificazione dell'assistenza. All'infermiere sono richieste competenze tecniche e velocità di esecuzione, riducendo così l'assistenza ad una serie di azioni che conducono alla segmentazione del lavoro, alla perdita della visione globale dei bisogni dell'assistito e a volte all'emarginazione dell'aspetto umano nei rapporti interpersonali. La documentazione infermieristica è fondata sulla "cronaca" di ciò che è stato fatto o non fatto, le informazioni spesso orali ed informali sono centrate su aspetti diagnostico terapeutici. L'operatore ha un ruolo esecutivo e quindi la responsabilità è solo di ordine tecnico. L'infermiere con funzioni di coordinamento è la figura responsabile del complesso dell'assistenza erogata e mantiene la centralità delle informazioni sugli assistiti, garantendo il coordinamento delle attività e la valutazione dei risultati globali. (11,12)

Il modello per settori

Definizione: prevede che un infermiere, assistito da altri infermieri e/o personale di supporto, assuma la responsabilità dell'erogazione di tutti gli interventi infermieristici ad un gruppo di assistiti durante uno specifico turno.

E' istituita la figura del leader del gruppo, il quale eroga assistenza diretta, e supervisiona le attività svolte dal gruppo, coadiuvato in genere da personale di supporto

Il gruppo di assistiti fa parte di un modulo fisso, individuati sulla base di caratteristiche geografico-spaziali (stessa ala di una unità operativa, stanze adiacenti...). Gli infermieri e gli altri operatori di supporto sono assegnati in maniera stabile allo stesso settore, garantendo la continuità dell'assistenza, almeno durante un turno di lavoro. L'infermiere pianifica l'assistenza di tutti gli assistiti del settore ad ogni turno, utilizzando la cartella infermieristica.

L'infermiere coordinatore ha un ruolo di supervisione. Egli suddivide gli operatori formando gruppi stabi-

li che seguono i settori individuati. Potrà proporre un piano di attività generale per l'unità operativa, che ciascun gruppo potrà personalizzare.

Il modello porta l'infermiere a farsi maggiormente carico della persona assistita, rispetto al modello funzionale, tuttavia permane il rischio di riprodurre un modello funzionale su piccola scala. (12)

Bibliografia

La prima parte di questo articolo, relativamente lo sviluppo architettonico degli ospedali è tratto da: Lamanna O, Il nuovo ospedale di Mestre: un ospedale senza divisioni. Materiale non pubblicato fornito ai partecipanti per la presentazione del nuovo ospedale di Mestre. Febbraio 2007

- 1) Cipolla C, Artioli G. La professionalità del care infermieristico. Risultati della prima indagine nazionale. Milano: FrancoAngeli, 2003.
- 2) Snaidero D. Il riordino della disciplina in materia professionale e sanitaria. In Santullo A, L'infermiere e le innovazioni in sanità, nuove tendenze e strumenti gestionali 2^a ed. Milano: McGraw-hill; 2004; 63-126.
- 3) Legge del 31 dicembre 1999 n° 675. Tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali.
- 4) Benci L. Le leggi sulla privacy e le ripercussioni sull'assistenza sanitaria. In: Benci L. Manuale giuridico professionale per l'esercizio del nursing. Milano: McGraw Hill 2001; 181-186.
- 5) Codice Deontologico 27 febbraio 1999. Approvato dalla Federazione Nazionale Collegi I.P.A.S.V.I.
- 6) Federazione Nazionale Collegi I.P.A.S.V.I. Il patto infermiere-cittadino 12 maggio 1996.
- 7) Decreto legislativo 30 dicembre 1992 n° 502. Riordino della disciplina in materia sanitaria a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992 n°421. successive modifiche (G.U. 7 gennaio 1994 n°4)
- 8) Decreto Ministeriale del 14 settembre 1994 n°739. Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'infermiere
- 9) Legge 26 febbraio 1999 n°42. Disposizioni in materia di professioni sanitarie. G.U. 2 marzo 1999 n°50)
- 10) Legge del 10 agosto 2000 n° 251. Disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione nonché della professione ostetrica. (G.U. 6 settembre 2000 n° 208)
- 11) Barelli P, Pallaoro G, Perli S, Strimmer S, Zattoni ML. Modelli di organizzazione dell'assistenza: sono efficaci? Assistenza Infermieristica e Ricerca 2006;25(1): 35-41
- 12) Santullo A, I modelli d'organizzazione dell'assistenza. In Santullo A, L'infermiere e le innovazioni in sanità, nuove tendenze e strumenti gestionali 2^a ed. Milano: McGraw-hill; 2004; 385-433

Alessandra De Pieri

Consigliere Collegio IP.AS.VI. Provincia di Venezia

POST-ACUTI: è SOLO LA PAURA DI CAMBIARE?

di Prassilla Boso e Tamara Fusaro

Partecipare ad un corso di aggiornamento non è solo venire a conoscenza di nuove esperienze e confrontarle con la propria realtà idealizzando su risultati che forse non potremmo raggiungere, ma soprattutto offre opportunità di riflettere sul nostro essere infermieri e conoscere colleghi che operano in altre realtà con l'occasione di scambiare esperienze positive o demotivanti, suggerimenti e condividere anche mali comuni.

Così il corso di aggiornamento " Lo sviluppo della competenza dell'autonomia infermieristica, dalla teoria alla pratica: l'esperienza dell'unità post acuti " ha fornito numerosi spunti di riflessione.

Esperienze assistenziali di tale portata sono molto significative per il mondo infermieristico, innanzitutto perché si riconosce un'effettiva ed autonoma area a gestione esclusivamente infermieristica e che certamente vanno a definirsi in tutti quegli interventi di cura alla persona, sostegno alla famiglia, educazione, preparazione ed individuazione di percorsi idonei al rientro della persona all'ambiente sociale che gli apparteneva o gli apparterrà, a seconda delle conseguenze e relative capacità residue proprie e di " assorbimento del carico assistenziale" da parte dell'entourage familiare o sociale (RSA. Casa di riposo, hospice, residenze protette o altra risorsa disponibile in territorio).

Nella gestione della malattia che non prevede una restituito ad integrum e che diventa a vari livelli forma cronica, la progettualità della così detta continuità assistenziale come ponte fra il ricovero ospedaliero e il ritornare gestore della propria salute trova spazio la figura del case manager (infermiere gestore del caso), che si prende in carico una persona e progetta il suo percorso assistenziale dal termine della fase acuta e medicalizzata a quello della gestione domiciliare. Il case manager con l'infermiere primary nurse del reparto post acuti stabilisce obiettivi, strategie, percorsi, livello di coinvolgimento di altri professionisti, della famiglia e delle strutture sociali di accoglimento.

Universalmente viene riconosciuta la necessità espressa anche dall'utenza di essere maggiormente seguiti e progressivamente accompagnati ad un'autogestione della propria malattia, relativa cronicità e mantenimento della salute da parte di personale preparato (infermieri, fisioterapisti, psicologi), allora come mai risulta così difficile ottenere l'apertura di simili strutture ad esclusiva gestione infermieristica? Sono solo difficoltà, problemi e vincoli di programmazione aziendale?

L'esperienza del Bellaria ci insegna che ci è voluta una delibera regionale (D.R. Emilia Romagna n° 1455 del 04/08/1997) a legittimare ed invitare le aziende sanitarie a programmare in tal senso, e riconoscere agli infermieri una forte autonomia professionale e manageriale.

L'unità di lungodegenza e di post acuti risponde a necessità di cura ad elevata intensità di assistenza infermieristica con attività educativo riabilitative generali.

A questa unità vi accedono pazienti che dopo un'attenta valutazione da parte dello staff medico dell'unità di degenza per acuti vengono definiti in stabilità clinica, che non necessitano quindi più di controllo medico quotidiano ma per i quali persistono solo necessità infermieristiche, questo è il motivo per cui la dimissione effettiva è difficoltosa.

Attuare nella nostra realtà progetti simili cosa comporta?

Gli infermieri sono davvero pronti ad un tale passo?

In questa unità il lavoro viene ad essere erogato con un modello organizzativo assistenziale (primary nurse + case manager a settore) diverso dalle nostre più comuni esperienze (Functional nursing o a mansione) e prevede la progettazione degli interventi personalizzata ed il raggiungimento degli obiettivi specifici.

Questo significa saper raccogliere dati, rilevare bisogni, progettare obiettivi, stabilire indicatori per monitorare il percorso ed i risultati intermedi raggiunti, usare strumenti infermieristici, avere flessibilità nel modificare i percorsi ma soprattutto significa anche prendersi responsabilità di risultato.

Un primary nurse ed un case manager sono infermieri con competenze sia nel campo strettamente sanitario (utilizzo di un metodo e di una teoria per orientare i propri progetti "modello concettuale di N. Roper" nello specifico del Bellaria, gestione di complessità organizzative ed operative) ma anche relazionale.

Gli infermieri sanno che il lavoro più grande e la maggior parte delle nostre energie viene speso nella costruzione di una relazione efficace sia col paziente che con la famiglia. Relazione difficile a volte critica non solo fra "mondo paziente" e "mondo operatore sanitario" ma, anche fra paziente e suoi familiari.

Nel modello adottato dalla post-acuti, molto è dato dalla coscienza dell'esistenza di diverse figure professionali (infermieri, OSS, infermieri generici, coordinatori, riabilitatori) che gravitano intorno al paziente. I rapporti ed i ruoli tra questi devono essere ben chiariti e sanciti per definire spazi, competenze, ruoli, attività. Chiarire i confini di ognuno serve per appianare inutili conflitti, perché sempre ce ne saranno e per il maturo professionista essi vanno a significare anche opportunità di crescita.

Ma questo si può dire realizzato nelle nostre realtà lavorative?

Il fatto che nonostante ad un primo impatto con questa esperienza il sentire dell'infermiere possa essere quello di estrema positività, entusiasmo, idealità, il turn over degli operatori in questa unità ci fa riflettere di quanto impegnativo, complesso e faticoso debba essere fare l'infermiere in questa realtà.

Per molti di noi c'è ancora molta strada da fare, ma non significa che non ci si possa o debba misurare con nuove imprese, se non del tutto rivoluzionarie ma che introducano novità e maggior professionalizzazione nel nostro lavoro.

A causa di formazione professionale differente anche se equiparata, riduzione del ricambio degli infermieri, il persistere ancora di differenti tipologie di operatori sanitari con diverse formazioni si nota spesso un conflitto generazionale che rende più difficile attuare ed elaborare un cambiamento.

Non tutti gli infermieri sono pronti al cambiamento ma è anche vero che molti hanno potenzialità nascoste o sopite, per sovvertire il pensiero infermieristico che noi non possiamo cambiare e che questo può riguardare solo gli altri c'è un grosso lavoro culturale da fare.

Innanzitutto riprendere i valori etici che distinguono il nostro modo di agire quotidiano e lavorativo, condividere soprattutto metodi ed obiettivi, discutere difficoltà ed insieme affrontarle, stabilire linguaggi condivisi, ma questo non è possibile senza una buona dose e faticoso operare del coordinatore infermieristico: è il coordinatore che orienta il sistema e tiene la bussola dell'infermieristica in reparto (leadership).

Far cambiare atteggiamento è possibile non a tutti ma sicuramente se ai colleghi si mostrano fatti ed azioni concrete di sicuro qualche cosa si può ottenere.

In conclusione per coloro che temono il cambiamento o un'esperienza del genere vi può essere un'ulteriore riflessione da fare: ciò che vi guida nello scetticismo è solo la paura di un cambiamento?

Allora bisogna prendere atto che il fulcro dell'agire di un "operatore di salute" è la persona e ciò che vuole da noi, nel momento in cui garantiamo e rispondiamo alle esigenze della nostra utenza abbiamo svolto il nostro compito anche se questo richiede cambio, innovazione, fatica, apertura a nuove esperienze e cammino.

Quella che il bruco chiama fine del mondo,
il resto del mondo lo chiama farfalla
(Lao Tze)

Boso Prassilla
Infermiere ASL 10 Veneto Orientale
Fusaro Tamara
Infermiere Azienda ULSS 12 Veneziana

DONAZIONE DELLA PLACENTA

TESI

di Giulia Gasperi

IL RUOLO DELL'INFERMIERE NEL PROCESSO DI DONAZIONE DELLA PLACENTA: "IPOTESI ORGANIZZATIVA"

L'ipotesi organizzativa descritta da questa tesi si riconduce alla campagna d'informazione e sensibilizzazione sulla donazione d'organi e tessuti promossa dal Ministero della Salute realizzata tramite uno spot messo in onda sulle reti Rai dal 4 luglio al 31 ottobre 2007.

Il mondo della donazione, grazie alle scoperte scientifiche e tecnologiche, è in continua evoluzione. Non bisogna però dimenticare chi è il primo attore grazie al quale il Centro Nazionale Trapianti riesce a migliorare ogni anno la qualità della vita nelle persone che necessitano di trapianto. Il primo attore, colui che rende possibile sin dall'inizio il processo di trapianto, è il cittadino con il suo bagaglio culturale. Esiste però un problema diffuso e particolarmente sentito nella società: la carenza d'informazione circa la donazione d'organi e tessuti. Nella mia tesi di problem solving si individua una delle carenze informative maggiormente riscontrate sia nelle gestanti che nel personale sanitario circa la donazione della placenta, la possibilità di donarla, gli utilizzi medici e chi possa donarla. La donazione della placenta, pur essendo una delle più semplici proposte di donazione, crea nelle madri dubbi ed incertezze, dando origine di fatto ad una difficoltà d'adesione alla proposta.

Questo problema è legato a:

"disinformazione delle madri in merito a: possibilità di donare la placenta e a chi rivolgersi per avere informazioni. In particolare: in cosa consiste il processo di donazione, l'utilizzo della placenta donata, quali sono gli accertamenti da fare dopo l'adesione alla donazione;

"difficoltà di comunicare con le madri di nazionalità diversa, che potrebbero essere delle potenziali donatrici, a cui però non arriva l'informazione a causa del blocco linguistico;

"convinzione, da parte del personale sanitario coinvolto nel prelievo di tessuto, che la procedura sia solo un costo in termini di tempo e materiali e che sia un lavoro che non verrà retribuito;

"disinformazione sulla donazione e trapianti d'organi e tessuti tra il personale sanitario medico, infermieristico ed ostetrico e una scarsa collaborazione tra strutture sanitarie in questa mission;

"mancanza di figure sanitarie di riferimento motivate e professionalmente aggiornate a livello territoriale ed ospedaliero in particolare all'interno del reparto di Ostetricia ULSS-9 Treviso.

Per rilevare il problema della carenza d'informazione è stato utilizzato un questionario anonimo ed autorizzato da me elaborato che ho personalmente consegnato alle madri, sia italiane che straniere (36% del totale) ricoverate nel reparto di Ostetricia ULSS-9 di Treviso dal 25 giugno al 14 luglio. Il questionario è orientato a misurare il grado di conoscenza sulla possibilità di donazione della placenta e sul suo impiego, le modalità con cui le madri vengono a conoscenza del progetto, il parere favorevole a tale donazione e alle donazioni in generale, la conoscenza riguardo la differenza tra tale donazione e la donazione di cellule staminali da cordone ombelicale ed infine registra l'opinione delle madri sul ritenere utile o meno un opuscolo informativo sulla donazione della placenta scritto in diverse lingue.

L'obiettivo della mia ipotesi organizzativa, in collaborazione con il Coordinamento Locale Trapianti di Treviso, è informativo e formativo e si propone di creare un progetto di comunicazione mirato a sostenere ogni aspetto concernente la donazione della placenta, che sia più incisivo di quello attuale, sia nei

confronti delle gestanti che del personale sanitario. L'obiettivo si propone di:

"trasmettere capillarmente alle gestanti quante più informazioni corrette in materia, al fine di fornire loro una conoscenza idonea a prendere una decisione consapevole e cosciente al momento di una possibile proposta di donazione della placenta.

"creare professionalità ed impegno costruttivo nel personale sanitario, che lavora attorno al processo di donazione della placenta.

Questo progetto di informazione per la donazione della placenta, a sostegno della campagna sulla donazione degli organi e tessuti, serve quindi a far conoscere a un numero sempre maggiore di cittadine questa realtà e a dare informazione sulla dimensione e l'importanza del gesto che una madre può fare per assicurare ad un altro essere umano un futuro attivo, da persona guarita dalla malattia, un gesto quindi pieno d'amore e solidarietà. Sarà necessario che ogni futura madre sia opportunamente sensibilizzata ed incoraggiata alla donazione, ove possibile e laddove non sussistano controindicazioni.

Presso l'Ospedale Ca' Foncello ULSS-9 Treviso, il Coordinamento Locale Trapianti in collaborazione con la Banca dei Tessuti del Veneto presente nella stessa realtà ospedaliera, attueranno un progetto di sensibilizzazione ed informazione attraverso:

"incontri di formazione e sensibilizzazione per tutti gli operatori sanitari che orbitano nell'area ginecologica-ostetrica;

"individuazione all'interno dell'iter sanitario, che le future madri percorrono durante i nove mesi di gestazione, di uno spazio ideale nel quale dare una giusta informazione inerente al processo di donazione della placenta;

"individuazione di figure sanitarie responsabili del progetto di donazione della placenta sia a livello territoriale che ospedaliero;

"intervento con mezzi di comunicazione adeguati (opuscolo informativo in più lingue), che possano raggiungere ed essere capiti da tutte le cittadine comprese anche le madri di nazionalità diversa da quella italiana.

Il progetto d'informazione e sensibilizzazione sulla donazione della placenta è fattibile poiché non è in contrasto con le procedure attualmente in atto presso la ULSS 9-Treviso. Esso prevede il coinvolgimento di più servizi: il Coordinamento Locale Trapianti di Treviso, la Banca dei Tessuti della Regione Veneto di Treviso, il reparto di Ostetricia e le sale parto, gli ambulatori ginecologici pubblici e privati, i medici di base, i consultori ed i servizi che si occupano dei corsi di preparazione al parto.

Questo progetto avrà una durata di attuazione di otto mesi, durante i quali si individueranno da un lato le esigenze informative ed educative delle madri da inserire nel progetto d'informazione e formazione sul processo di donazione della placenta e dall'altro le esigenze professionali del personale sanitario coinvolto.

Per la valutazione, durante il processo attuativo del progetto d'informazione, si verificheranno tutti i diversi aspetti organizzativi su cui si è intervenuto per raggiungere l'obiettivo prestabilito.

Tramite un accurato ascolto ed osservazione, al momento della proposta di donazione si individueranno il livello di conoscenza della madre ottenuto precedentemente, lo stato emotivo e l'autonomia decisionale raggiunta per firmare l'assenso alla donazione in piena libertà e consapevolezza.

Nei primi mesi il Coordinamento Locale Trapianti di Treviso affiancandosi al personale sanitario coinvolto nel processo, valuterà, durante le attività di divulgazione delle informazioni e le proposte di donazioni, il livello di professionalità raggiunto.

Trascorso un anno dall'inizio del progetto la Banca dei Tessuti di Treviso svolgerà un'indagine statistica volta a valutare l'efficacia del progetto. Soprattutto per quanto riguarda il numero di assenti alla donazione.

L'ufficio amministrativo verificherà sin dai primi mesi di attuazione del processo se l'attività comporta un aumento del monte ore lavorativo delle risorse umane assegnate al progetto stesso. E quindi eventualmente adeguare il personale.

La donazione è un atto di fiducia nella vita, di solidarietà e di grande civiltà ed è uno dei "mattoni" su cui si fonda la Sanità italiana. È necessario quindi investire anche sulle figure che portano avanti questa delicata attività. Nel mia tesi si evidenzia come l'Infermiere possa essere una figura cardine nel pro-

cesso di avvicinamento, sostegno e guida del cittadino al mondo della donazione, per gli aspetti assistenziali, organizzativi, informativi ed educativi che la professione gli demanda.

Il mio progetto di tesi vuole offrire un contributo per il riconoscimento del ruolo professionale che ha conquistato oggi l'Infermiere, analizzandone l'attività nell'ambito di un " Ufficio di Coordinamento", realtà diversa da quella in cui si è soliti vederlo operare.

Il ruolo dell'Infermiere Professionale è di estrema importanza nella sanità, metaforicamente si potrebbe interpretare come un ponte tra il mondo medico e quello dell'utenza. Necessita quindi di ruoli ben definiti e realizzanti nei quali si possano esplicitare tutte le peculiarità che questa professione ha da offrire; ruoli che rendano più comprensibile al cittadino la figura dell'Infermiere in modo da far capire come tale professione possa spaziare dall'assistenza vera e propria a quella informativa e soprattutto relazionale. In tal modo si darà al cittadino una nuova visione del ruolo dell'Infermiere creando una figura referente per la popolazione e facilitando il raccordo tra il mondo della sanità e quello dell'utenza.



www.emergency.it
info@emergency.it

EMERGENCY

ASSOCIAZIONE UMANITARIA ITALIANA
PER LA CURA E LA RIABILITAZIONE
DELLE VITTIME DELLE GUERRE
E DELLA POVERTÀ

ORGANIZZAZIONE NON LUCRATIVA
DI UTILITÀ SOCIALE - ONLUS

ORGANIZZAZIONE NON GOVERNATIVA

via Meravigli 12/14
20123 Milano
Tel 02 863161
Fax 02 86316336

via dell'Arco del Monte 99/A
00186 Roma
Tel 06 688151
Fax 06 68815230

EMERGENCY è un'associazione italiana indipendente e neutrale nata nel 1994 per offrire assistenza medico-chirurgica gratuita e di elevata qualità alle vittime civili delle guerre, delle mine antiuomo e della povertà.

Le strutture di *EMERGENCY* sono pensate, costruite e gestite da staff internazionale specializzato impegnato anche nell'addestramento di personale locale.

Ad oggi oltre 2.750.000 pazienti sono stati curati gratuitamente in ospedali, cliniche e centri di riabilitazione di *EMERGENCY*.

EMERGENCY promuove inoltre una cultura di solidarietà, di pace e di rispetto dei diritti umani.

Per i nostri progetti operanti in Afghanistan, Sierra Leone, Sudan e Cambogia, cerchiamo **Infermieri** in possesso dei seguenti requisiti:

- Laurea in Scienze Infermieristiche o Diploma di Infermiere Professionale;
- esperienza professionale di almeno 3 anni continuativi in una delle seguenti aree: chirurgia generale e d'urgenza, rianimazione, ortopedia e traumatologia, medicina interna e d'urgenza, pronto soccorso, sala operatoria, ferrista di sala operatoria, salute pubblica, pediatria e neonatologia, ostetricia;
- capacità organizzative.

Per garantire un alto livello di performance in aree difficili e rischiose, tutto lo staff espatriato di *EMERGENCY* deve inoltre essere in possesso dei seguenti requisiti generali:

- flessibilità e capacità di lavorare in un team in condizioni di stress;
- senso della disciplina e rispetto delle regole di sicurezza previste da *EMERGENCY*;
- rispetto della cultura e delle tradizioni locali;
- capacità di adattamento a lavorare secondo i protocolli clinici e operativi di *EMERGENCY*;
- disponibilità ad effettuare attività formativa rivolta allo staff locale;
- condizioni di buona salute;
- buona conoscenza della lingua inglese;
- disponibilità di almeno 6 mesi.

La prevalenza dei progetti di *EMERGENCY* ha ottenuto dal Ministero Affari Esteri (MAE) il giudizio di conformità alla legge 49/87. Ciò consente a chi partecipa di ottenere il diritto ad un periodo di aspettativa da lavoro per tutta la durata della collaborazione.

La legge 49/87, con apposito Decreto Interministeriale, prevede inoltre che per il periodo compreso nel contratto di cooperazione la copertura dei contributi previdenziali e assistenziali sia integralmente a carico del MAE.

La retribuzione, le spese di vitto, alloggio, viaggio e assicurazione saranno a carico di *EMERGENCY*.

Gli interessati possono inviare un curriculum dettagliato a:

e-mail curriculum@emergency.it; oppure utilizzando l'application form sul sito: www.emergency.it nella sezione "lavora con noi".

EMERGENCY
Ufficio Risorse Umane
Recruitment
Paola Ballardin

✉ segreteriaorganizzativa@emergency.it

☎ 02.863161

@ www.emergency.it

2008



EMERGENCY RICERCA PERSONALE PER I SUOI PROGETTI IN AFGANISTAN, SIERRA LEONE, CAMBOGIA, SUDAN

FIGURE PROFESSIONALI RICERCATE	DESTINAZIONE
CHIRURGI GENERALI e ORTOPEDICI	Afganistan, Sierra Leone, Cambogia
GINECOLOGHE e OSTETRICHE	Afganistan
ANESTESISTI/RIANIMATORI	Afganistan, Sierra Leone, Cambogia
PEDIATRI	Afganistan, Sierra Leone, Sudan
RADIOLOGI e TSRM	Afganistan
NEUROCHIRURGHI	Afganistan
INTERNISTI (* rilevante esperienza in malattie cardiologiche)	Afganistan, Sudan*
INFERMIERI DI CHIRURGIA GENERALE/ORTOPEDIA	Afganistan, Sierra Leone, Cambogia
INFERMIERI DI PEDIATRIA NEONATOLOGIA	Afganistan, Sudan, Sierra Leone
STRUMENTISTI	Afganistan, Sierra Leone, Cambogia
FISIOTERAPISTI	Afganistan, Sierra Leone, Cambogia
TECNICO ELETTROMEDICALE	Afganistan, Sierra Leone, Sudan
LOGISTI	Afganistan, Sierra Leone, Sudan
AMMINISTRATORI	Afganistan, Sudan

REQUISITI

SIGNIFICATIVA ESPERIENZA OSPEDALIERA; CAPACITÀ DI ADATTAMENTO A LAVORARE SECONDO PROTOCOLLI CLINICI E OPERATIVI STANDARDIZZATI; DISPOSIZIONE A FORMARE LO STAFF LOCALE; DISPONIBILITÀ A LAVORARE NEL RISPETTO DELLA CULTURA LOCALE E DELLE REGOLE DI SICUREZZA DEFINITE DA EMERGENCY; DISPONIBILITÀ DI PERMANENZA ALL'ESTERO PREFERIBILMENTE DI 6 MESI (MINIMO 3); BUONA CONOSCENZA DELLA LINGUA INGLESE PARLATA E SCRITTA.

CONDIZIONI

COLLABORAZIONE RETRIBUITA, COPERTURA SPESE DI VIAGGIO, VITTO E ALLOGGIO, ASSICURAZIONE.

INVIARE CURRICULUM DETTAGLIATO A:

EMERGENCY - Ufficio Risorse Umane - via Meravigli 12/14, 20123 Milano -
tel 02 863161 fax 02 86316337 e-mail: curriculum@emergency.it

Informiamo che l'iter selettivo prevede: una prima valutazione del CV e successivamente un colloquio di selezione ed una conversazione in lingua inglese presso la sede di Milano -

Prima di inviare copia del curriculum vitae leggere sul sito www.emergency.it, l'informativa sulla privacy pubblicata nella sezione "lavora con noi".



EMERGENCY RICERCA PERSONALE PER I SUOI PROGETTI IN AFGANISTAN, SIERRA LEONE, CAMBOGIA, SUDAN

FIGURE PROFESSIONALI RICERCATE	DESTINAZIONE
CHIRURGI GENERALI e ORTOPEDICI	Afganistan, Sierra Leone, Cambogia
GINECOLOGHE e OSTETRICHE	Afganistan
ANESTESISTI/RIANIMATORI	Afganistan, Sierra Leone, Cambogia
PEDIATRI	Afganistan, Sierra Leone, Sudan
RADIOLOGI e TSRM	Afganistan
NEUROCHIRURGHI	Afganistan
INTERNISTI (* rilevante esperienza in malattie cardiologiche)	Afganistan, Sudan*
INFERMIERI DI CHIRURGIA GENERALE/ORTOPEDIA	Afganistan, Sierra Leone, Cambogia
INFERMIERI DI PEDIATRIA NEONATOLOGIA	Afganistan, Sudan, Sierra Leone
STRUMENTISTI	Afganistan, Sierra Leone, Cambogia
FISIOTERAPISTI	Afganistan, Sierra Leone, Cambogia
TECNICO ELETTROMEDICALE	Afganistan, Sierra Leone, Sudan
LOGISTI	Afganistan, Sierra Leone, Sudan
AMMINISTRATORI	Afganistan, Sudan

REQUISITI

SIGNIFICATIVA ESPERIENZA OSPEDALIERA; CAPACITÀ DI ADATTAMENTO A LAVORARE SECONDO PROTOCOLLI CLINICI E OPERATIVI STANDARDIZZATI; DISPOSIZIONE A FORMARE LO STAFF LOCALE; DISPONIBILITÀ A LAVORARE NEL RISPETTO DELLA CULTURA LOCALE E DELLE REGOLE DI SICUREZZA DEFINITE DA EMERGENCY; DISPONIBILITÀ DI PERMANENZA ALL'ESTERO PREFERIBILMENTE DI 6 MESI (MINIMO 3); BUONA CONOSCENZA DELLA LINGUA INGLESE PARLATA E SCRITTA.

CONDIZIONI

COLLABORAZIONE RETRIBUITA, COPERTURA SPESE DI VIAGGIO, VITTO E ALLOGGIO, ASSICURAZIONE.

INVIARE CURRICULUM DETTAGLIATO A:

EMERGENCY - Ufficio Risorse Umane - via Meravigli 12/14, 20123 Milano -
tel 02 863161 fax 02 86316337 e-mail: curriculum@emergency.it

Informiamo che l'iter selettivo prevede: una prima valutazione del CV e successivamente un colloquio di selezione ed una conversazione in lingua inglese presso la sede di Milano -

Prima di inviare copia del curriculum vitae leggere sul sito www.emergency.it, l'informativa sulla privacy pubblicata nella sezione "lavora con noi".

Protocollo P-1681/III.01

E-mail

Ai Presidenti dei Collegi Ipasvi

Data 19 Marzo 2008

LORO SEDI

Oggetto Prot. 121/F-08
Compiti affidati agli "OSS"

Federazione Nazionale Collegi IPASVI

00184 Roma
Via Agostino Depretis 70
Telefono 06/46200101
Telefax 06/4620131
Cod. Fisc. 80186470581

Ufficio di Bruxelles
70 Coudenberg
B-1000 Bruxelles

Si riscontra la nota di cui al riferimento, pari oggetto, facendo presente quanto segue.

Relativamente alla figura dell'Operatore socio sanitario la normativa nazionale è determinata dall'Accordo tra il Ministro della sanità, il Ministro per la solidarietà sociale e le regioni e province autonome di Trento e Bolzano, per la individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'operatore socio-sanitario e per la definizione dell'ordinamento didattico dei corsi di formazione di cui al Provv. 22 febbraio 2001. Gli allegati A e B di tale provvedimento riportano rispettivamente le attività previste e le competenze tecniche che si riferiscono a tale figura.

L'Allegato A, punto 1) dispone : Assistenza diretta ed aiuto domestico alberghiero *Realizza attività semplici di supporto diagnostico e terapeutico*

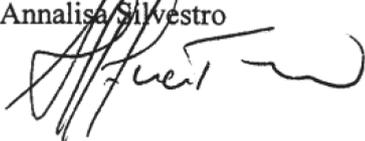
L'Allegato B, *In sostituzione e appoggio dei familiari e su indicazione per personale preposto è in grado di : aiutare per la corretta assunzione dei farmaci prescritti e per il corretto utilizzo di apparecchi medicali di semplice uso.....*

La valutazione combinata delle due disposizioni riportate potrebbe indurre ad assumere posizioni ostative anche in considerazione del fatto che verrebbe attribuita all'OSS un'attività che, benché semplice, è comunemente svolta da un professionista intellettuale quale l'infermiere.

Premesso quanto sopra si può comunque ritenere che, valutato il caso specifico, la capacità e le competenze del personale coinvolto, le modalità di organizzazione dei servizi della singola Azienda e sempre sotto la responsabilità dell'infermiere che ha il compito valutare, istruire e supervisionare, non si producano elementi assolutamente contrari alla possibilità che l'OSS, ogni volta individuato e monitorato, compia l'attività di cui trattasi.

Cordiali saluti.

La presidente
Annalisa Silvestro



GIORNATA INTERNAZIONALE DELL'INFERMIERE

12 MAGGIO 2008

