

Coordinare l'assistenza oggi, tra passato e futuro

Federica Renica

Presidente Collegio IPASVI di Brescia

Ogni professione deve confrontarsi continuamente con i cambiamenti che si realizzano nel contesto istituzionale e culturale in cui opera.

Per i coordinatori infermieristici questo comporta la capacità di gestire relazioni interpersonali complesse, di garantire prestazioni efficaci e pertinenti ai bisogni reali del malato, di usare in modo razionale le risorse umane e materiali disponibili, di promuovere il miglioramento organizzativo del reparto/servizio, anche sul piano della qualità degli interventi dal punto di vista tecnico-economico.

L'attuale organizzazione finalizza gli interventi in funzione della massima produttività, stabilendo:

chi deve fare, cosa deve fare e come deve fare.

Con il rischio di attribuire più importanza alla quantità delle prestazioni erogate non valorizzando la qualità delle medesime.

Non di rado, e talora con una evidenza crescente, in questo tipo di realtà organizzativa vengono imposti agli operatori compiti ed atteggiamenti passivi, configurando un ruolo di semplici esecutori.

Dunque: cosa e come fare?

Una soluzione che oggi viene proposta è quella di adottare un modello organizzativo di lavoro di tipo professionale.

Nei modelli professionali non viene predefinito "ciò che si deve fare", ma l'attenzione è focalizzata sui risultati da raggiungere.

Per migliorare l'organizzazione stessa, gli operatori devono necessariamente assumere un ruolo attivo e propositivo all'interno dell'organizzazione, esplicitando atteggiamenti di autonomia e responsabilizzazione in funzione dei risultati da conseguire.

La disponibilità ad utilizzare conoscenze e competenze diventa essenziale per raggiungere gli obiettivi di servizio richiesti dall'istituzione di appartenenza.

EDITORIALE

Per migliorare l'organizzazione stessa, gli operatori devono necessariamente assumere un ruolo attivo e propositivo all'interno dell'organizzazione, esplicitando atteggiamenti di autonomia e responsabilizzazione in funzione dei risultati da conseguire.

(...) "Se non c'è chiarezza e non si sa con certezza dove si vuole arrivare, si rischia di ritrovarsi altrove senza accorgersene (Mager)".



Appare evidente il ruolo strategico attribuito al coordinatore infermieristico. L'impegno che gli viene richiesto è, dunque, quello di acquisire maggiori abilità nello studiare, individuare e porre in essere strategie finalizzate al coinvolgimento e alla collaborazione di tutti gli operatori nella soluzione dei problemi, declinando l'integrazione del gruppo professionale in un fattivo miglioramento dell'assistenza erogata.

Al coordinatore infermieristico, pertanto, è richiesta chiarezza in relazione agli obiettivi da perseguire: "se non c'è chiarezza e non si sa con certezza dove si vuole arrivare, si rischia di ritrovarsi altrove senza accorgersene (Mager)".

La formazione del coordinatore assume una inevitabile connotazione manageriale e disciplinare al tempo stesso. Il possesso di competenze disciplinari e manageriali sono requisiti indispensabili per ricoprire e sostenere un ruolo di leader all'interno di una organizzazione, soprattutto in uno scenario sanitario ed assistenziale come quello contemporaneo, evidentemente complesso e, non di rado, controverso.

Il sistema lombardo ECM-Sviluppo Professionale Continuo (CPD)

A cura di **Guglielmo Guerriero e Stefano Bazzana**

La Regione Lombardia, con le deliberazioni della Giunta regionale n.VI/18576 del 05/08/2004 e VII/20767 del 16/02/2005, ha definito le linee guida del sistema ECM/CPD, sistema di sviluppo professionale permanente che è, al momento, nella fase sperimentale di realizzazione. In questa sede è opportuno ricordare che dall'01/01/2002 è stato dato l'avvio al sistema italiano di Educazione Continua in Medicina (ECM), così come previsto dal D.L. 229/99.

L'ECM comprende l'aggiornamento professionale e le attività finalizzate a migliorare le competenze e le abilità cliniche, tecniche e manageriali e i comportamenti, con l'obiettivo di garantire efficacia, appropriatezza, sicurezza ed efficienza all'assistenza prestata dal SSN. Il modello coinvolge, pertanto, tutti i professionisti dell'area sanitaria, dipendenti e libero-professionisti. L'impegno ad un continuo aggiornamento e adeguamento delle conoscenze e competenze, peraltro, è previsto dai codici deontologici degli ordini e collegi professionali di appartenenza degli operatori sanitari.

Il modello consiste nella partecipazione a iniziative didattiche organizzate da strutture formative accreditate per l'ECM, pubbliche e private, e si sviluppa prevalentemente secondo programmi formativi pluriennali, finalizzati agli obiettivi prioritari del Piano sanitario nazionale e di quelli regionali.

Il percorso della Regione Lombardia per realizzare un sistema di formazione continua, è giunto alla fase di realizzazione con la DGR n.18576 del 05/08/2004: "Linee di indirizzo per l'attivazione del Sistema ECM in Lombardia". In questa configurazione il modello privilegia la valorizzazione professionale del personale sanitario operante nel sistema socio-sanitario regionale.

Tale valorizzazione viene attuata con:

- il raccordo tra la programmazione di attività formative e la formazione finalizzata al progetto individuale di crescita professionale di ogni operatore sanitario, da tradurre in valore aggiunto per l'orga-

OSSERVATORIO

Il modello del CPD (Continuos Professional Development) è diffuso in 18 nazioni europee ed extraeuropee ed è focalizzato sul miglioramento qualitativo della prestazione professionale e sull'impegno di rendere coerenti la performance professionale con i bisogni del cittadino e del servizio sanitario nazionale.

Pertanto, se il modello dell'Educazione Continua in Medicina è finalizzato alla manutenzione del sapere dei professionisti della salute, attraverso il necessario rinnovamento del sapere a seguito della veloce obsolescenza delle conoscenze, il modello CPD ha l'obiettivo ambizioso di promuovere l'evoluzione e il miglioramento della prestazione professionale.

nizzazione di riferimento e miglioramento del servizio reso al cittadino;

- il passaggio dall'accreditamento dei singoli eventi all'accreditamento dei provider, in particolare dei provider aziendali;
- l'utilizzo di metodologie e attività di formazione che privilegiano le esigenze di professionalità con la formazione sul campo.

L'accreditamento dei Provider ECM che la Regione Lombardia sta attuando, è rivolto a soggetti pubblici e privati con sede legale nel territorio regionale e che propongono un piano di formazione di valenza almeno semestrale con destinatario il personale sanitario.

I PRINCIPI FONDAMENTALI DEL SISTEMA CPD LOMBARDO

Lo sviluppo professionale continuo (Continuous Professional Development: CPD), è una opportunità e, al tempo stesso, una necessità per ogni professionista della salute. Il CPD, infatti, si configura come una formazione decisamente correlata alle priorità professionali personali ed organizzative del personale sanitario. Ne consegue la valutazione delle ricadute della formazione continua sulle performance professionali.

Il sistema CPD della Regione Lombardia, per tanto, è focalizzato al governo complessivo della formazione continua permanente, in quanto gli obiettivi e le priorità dei soggetti coinvolti nella formazione sono riconducibili a quelli regionali:

- la valorizzazione delle professionalità del sistema sociosanitario;
- il miglioramento del sistema aziendale sanitario.

Gli elementi fondamentali del sistema lombardo sono, dunque, riconducibili ad una formazione finalizzata al progetto personale di crescita professionale del singolo professionista, da declinare in valore aggiunto per l'organizzazione assistenziale e sanitaria di appartenenza.

Inoltre, l'elemento centrale del sistema lombardo CPD è l'accreditamento dei provider ECM. L'accreditamento è l'azione amministrativa mediante la quale la Regione (in questa accezione ente accreditatore) costituisce un elenco di soggetti istituzionali, pubblici e/o privati, dotati di una struttura organizzativa, di risorse scientifiche e tecnologiche e con un piano di formazione complessivamente coerenti con gli obiettivi e le finalità formative progettate per i professionisti della salute.

Dunque, i principali attori del sistema CPD sono:

- la regione Lombardia, ente accreditatore;
- i provider;
- le aziende sanitarie pubbliche e private accreditate.

All'Istituto Regionale Lombardo di Formazione per l'amministrazione pubblica (IREF) è affidata l'attuazione della procedura relativa all'istruttoria, agli accertamenti e ai controlli nel tempo, dei requisiti necessari per

l'accreditamento e la corretta erogazione degli eventi formativi.

La Commissione Regionale per la formazione continua (CRFC), invece, definisce:

- gli obiettivi formativi di interesse regionale;
- i criteri di monitoraggio dell'attività formativa, correlati sia con gli obiettivi di interesse regionale che con l'efficacia del sistema CPD lombardo.

Il Nucleo di Valutazione Regionale, al quale partecipano anche le organizzazioni sindacali (OO.SS.) è da costituirsi con modalità che sono in via di definizione. Il Nucleo Regionale farà prevalentemente riferimento alla valutazione dei processi e alla verifica dei risultati gestionali e clinici.

Tabella 1 – Schema attribuzione crediti formativi

Attività formativa	Crediti formativi
Congressi e Convegni internazionali accreditati	I crediti attribuiti attraverso la conversione dei crediti originati alla luce del sistema utilizzato dalla Commissione Nazionale per la formazione Continua
Congressi e Convegni internazionali non accreditati	I crediti attribuiti attraverso l'attribuzione degli stessi utilizzando i criteri della Commissione Nazionale per la Formazione Continua
Congressi e Convegni organizzati da provider accreditato regionale	N. 0,75 crediti/ora per Congressi/Convegni realizzati con le caratteristiche della griglia di riferimento
Corsi residenziali organizzati da provider accreditato regionale	N. 1 credito/ora per corsi residenziali realizzati con le caratteristiche della griglia di riferimento
Corsi residenziali all'estero	N.1 credito/ora per corsi corrispondenti alla griglia regionale
Relazioni a congressi	N. 2 crediti per ogni relazione o poster
Articoli su riviste	N. 4 crediti per ogni articolo
Attività di referaggio di articoli scientifici	N. 1 credito per ogni articolo
Attività di docente/formatore	N. 1 credito/ora
Attività di "Responsabile scientifico" per attività formative ECM/CPD	10% dei crediti attribuiti all'iniziativa
Attività di tutor d'aula	N. 0,5 crediti/ora
Partecipazione a Commissioni e Comitati	N. 2 crediti per ogni riunione
Audit clinico	N. 20 crediti per progetto
Partecipazione a gruppi di miglioramento	N. 2 crediti per ogni riunione
Partecipazione a ricerche	N. 10 crediti ogni 6 mesi
Attività di addestramento-inserimento lavorativo	N. 2 crediti per ogni settimana

UN NUOVO APPROCCIO ALLA FORMAZIONE CONTINUA IN SANITÀ

Il modello del CPD è diffuso in 18 nazioni europee ed extraeuropee ed è focalizzato sul miglioramento qualitativo della prestazione professionale e sull'impegno di rendere coerenti la performance professionale con i bisogni del cittadino e del servizio sanitario nazionale.

Pertanto, se il modello dell'Educazione Continua in Medicina è finalizzato alla manutenzione del sapere dei professionisti della salute, attraverso il rinnovamento del sapere a seguito della veloce obsolescenza delle conoscenze, il modello CPD ha l'obiettivo di promuovere l'evoluzione e il miglioramento della prestazione professionale.

Si delinea uno spostamento da un modello basato sull'aggiornamento delle conoscenze, quindi sul sapere, ad un modello basato sul saper fare, mediante l'adeguamento del professionista alle mutate priorità dello scenario assistenziale. Ne consegue che gli elementi chiave del CPD sono:

- la durata del processo di sviluppo professionale (compatibile con tutta la vita professionale);
- l'estensione della aree di interesse, portatrici delle competenze necessaria per una professione di qualità;
- le strategie adottate, per giungere a sistemi di accreditamento e di certificazione professionale.

Il sistema CPD della Regione Lombardia è attualmente in fase di sperimentazione, anche mediante la partecipazione e la richiesta di accreditamento provvisorio in qualità di provider pubblici di importanti aziende sanitarie ed ospedaliere. Anche in questo senso gli elementi per un ulteriore approfondimento ci sono tutti, in particolare in relazione alle attività e alle metodologie formative che più di altre sono coerenti con il modello CPD e con la formazione dell'adulto.

I termini di valutazione dell'iniziativa, tra l'altro, sono tali da far pensare a una lunga sperimentazione e riprogettazione sul campo del modello di sviluppo professionale, in uno scenario in cui la partecipazione dei professionisti sarà fondamentale per fornire i contenuti ad una forma che, in altri contesti europei ed americani, ha trovato il consenso delle comunità professionali. Il modello CPD lombardo, pertanto, sarà probabilmente ulteriormente ospitato (ed analizzato) dalla rubrica "Osservatorio". Infine, la bibliografia allegata fornisce al lettore gli opportuni approfondimenti normativi e metodologici.

Bibliografia

C.Filannino, C.Regazzo, Materiale didattico "Corso di accompagnamento al sistema CPD lombardo", 2005.

IREF, Università Cattaneo Castellanza, Università Vita-Salute San Raffaele, Educazione Continua in Medicina, pubblicazione IREF, 2004 (www.irefonline.it)

Deliberazione N° VII/18576, Linee di indirizzo per l'attivazione del sistema ECM (Educazione continua in medicina) in Lombardia, seduta del 05/08/2004 (www.sanita.regione.lombardia.it)

Deliberazione N° VII/20767, Determinazioni in merito al progetto operativo per l'attuazione del sistema lombardo "ECM - Sviluppo Professionale Continuo (CPD)" ed agli obiettivi formativi di interesse regionale, del 16/02/2005 (www.sanita.regione.lombardia.it)

Decreto N° 12400 del 5.08.2005: "Requisiti per l'accreditamento provider ECM-CPD (Educazione Continua in Medicina - Sviluppo Professionale Continuo) ai sensi della D.G.R. N° VII/20767 del 16.2.2005."

Indagine sulle conoscenze scientifiche dell'infermiere relative alle modalità di gestione del catetere venoso centrale ed alle misure atte a ridurre eventuali complicanze associate

A cura di Annamaria ROSSETTI

Laurea in Infermieristica, Università di Brescia

Anno Accademico 2003/04

INTRODUZIONE

Sulla base dei contenuti appresi durante il percorso formativo triennale ed in particolare dall'esperienza vissuta nell'ambito del tirocinio pratico, l'autore ha ritenuto opportuno approfondire le conoscenze sulle procedure per una corretta gestione del CATETERE VENOSO CENTRALE (CVC). Inoltre, l'autore ha ritenuto particolarmente interessante evidenziare le tipologie di comportamenti e presidi adottati dal personale infermieristico, con indicazioni di gradibilità, efficienza ed efficacia (laddove i dati sono disponibili).

In particolare, si è potuto notare che il personale infermieristico non sempre presenta competenze specifiche atte al management dei dispositivi intravascolari centrali.

Pertanto, partendo da questi presupposti, è stata condotta un'indagine conoscitiva per elaborare un progetto di ricerca descrittiva allo scopo di fornire uno spunto per una metodologia di lavoro che possa aiutare il professionista a migliorare la qualità delle procedure e a garantire il meglio dell'assistenza.

Si è voluto proporre una riflessione su:

- la necessità di motivazioni scientifiche a supporto degli interventi assistenziali;
- l'esigenza di linee guida e protocolli come strumenti necessari ad orientare la pratica professionale verso conoscenze prodotte dalla ricerca, indicatori standards ed omogeneità di comportamenti.

L'INDAGINE CONOSCITIVA

Lo studio in questione si basa su di una ricerca descrittiva che indaga le modalità di lavoro relative alla gestione del CVC, confrontandole con le più recenti evidenze scientifiche disponibili, con le linee guida CDC di Atlanta

NURSING E RICERCA

L'infermiere può minimizzare i rischi di infezione associati a CVC operando secondo la standardizzazione delle procedure assistenziali asettiche ed appropriate.

In maniera inequivoca è stato dimostrato che il rischio di infezione aumenta con la preparazione del personale infermieristico al di sotto di un livello critico.

Pertanto, occorre avere dei programmi che prevedano la formazione continua del personale, la monitorizzazione dei dati di incidenza delle infezioni e la valutazione dell'adozione delle corrette procedure.

Spesso la formazione avviene "sul campo" con trasferimento di informazioni per lo più correlate a consuetudini o protocolli interni, senza riferimenti precisi alle evidenze scientifiche esistenti. L'adesione ai protocolli da parte di tutto il personale coinvolto è un obiettivo difficile da raggiungere; le spinte motivazionali alla redazione del protocollo, talvolta, non sono uniformi, con il risultato che non tutti condividono realmente le indicazioni date dal protocollo stesso.

Molte volte esso viene interpretato come un'imposizione e non come una risorsa.

L'infermiere, nella sua professionalità, deve essere in grado di programmare il proprio lavoro in un contesto sanitario in continua evoluzione e di fornire prestazioni basate su prove di efficacia dimostrate scientificamente.

(Centers for Disease Control and Prevention), protocolli e procedure utilizzati nelle varie unità operative, incluse nello studio, e aventi come oggetto la cura del dispositivo vascolare.

CRITERI DI INCLUSIONE - I soggetti inclusi nello studio sono:

- Infermieri dell'Azienda Ospedaliera Spedali Civili di Brescia inseriti nelle unità operative di: Cardiocirurgia U.D.A., 2^a Cardiocirurgia, Unità di cura coronaria, Neurochirurgia Maschile e Femminile, 2^a Chirurgia Maschile e Femminile, 3^a Chirurgia Maschile e Femminile, Trapianto del rene ed emodialisi, Pneumologia Maschile e Femminile, Istituto del Radio, Oncologia e 3^a Medicina Maschile.
- Infermieri dell'Ospedale "S. Orsola F.B.F." di Brescia inseriti nelle unità operative di Chirurgia, Cardiologia, Medicina, Day Hospital Oncologico, Geriatria.
- Infermieri dell'Azienda Ospedaliera di Desenzano del Garda - Presidio Ospedaliero di Desenzano D/G e Manerbio inseriti nei due rispettivi servizi di Anestesia e Rianimazione.

Partendo dal presupposto che il D.M. 739/94, meglio conosciuto come "profilo professionale dell'infermiere", affida allo stesso una responsabilità totale per l'assistenza generale infermieristica, si è ritenuto opportuno includere nella ricerca sia gli infermieri diplomati prima del 1994 il cui esercizio per molti anni è stato connotato dal mansionario come funzione strumentale, sia gli infermieri diplomati dopo il 1994 guidati da un nuovo regolamento (il D.M. 739/94) che ha ridisegnato totalmente l'esercizio professionale come funzione finalizzata; questo con l'evidente scopo di fornire una riflessione su due modalità di gestione del CVC eventualmente differenti tra loro.

MATERIALI E METODI

Per approfondire la conoscenza della gestione e dei presidi adottati, è stata proposta l'elaborazione di un questionario rivolto ad un campione di circa 320 infermieri, inseriti in unità operative di medicina - chirurgia di base, specialistiche e servizio di anestesia e rianimazione, coinvolti nell'assistenza al paziente con CVC.

Il questionario, dopo aver ricevuto il nulla osta del Direttore Generale, è stato dapprima visionato dalla Direzione Sanitaria e dall'Ufficio Infermieristico dei tre presidi interessati dallo studio; successivamente, dopo una breve presentazione dei contenuti ai coordinatori, è stato somministrato al personale infermieristico. Il questionario è composto da domande chiuse con risposte semplici o multiple ed è stato compilato dagli infermieri singolarmente in forma anonima.



Analisi statistica

Sono pervenuti 170 questionari compilati su un totale di 320 inviati al personale infermieristico.

I dati ottenuti sono stati elaborati con il metodo descrittivo e rappresentati mediante tabelle e grafici.

Il questionario elaborato ha i seguenti obiettivi:

- Conoscere la gestione e i presidi adottati per la cura del CVC;
- Rilevare la presenza di linee guida, procedure e protocolli utilizzati nelle varie unità operative inserite nell'indagine;
- Individuare il livello di aggiornamento delle conoscenze possedute dagli infermieri sull'argomento trattato.

I PRINCIPALI RISULTATI, L'ELABORAZIONE GRAFICA, L'ANALISI E LA DISCUSSIONE

L'indagine condotta ha evidenziato quanti infermieri, tra quelli interpellati, si sono diplomati prima del 1994 (52,94%) e quanti dopo il 1994 (47,06%) (vds Tabella nr. 1).

Da questi dati si può dedurre che una buona parte degli infermieri svolgeva la propria professione adottando il mansionario come pilastro formativo operando, quindi, per molti anni secondo modalità ancor a lontane dalla sfera delle evidenze scientifiche derivanti dalla ricerca.

Tabella nr. 1 – Da quanto tempo ha conseguito il diploma di infermiere?

Prima del 1994	90
Dopo il 1994	80

L'indagine valuta inoltre la presenza, nelle unità operative, di linee guida, procedure e protocolli relativi alla gestione del CVC; evidenzia il numero degli infermieri che hanno partecipato ai corsi di aggiornamento sull'argomento trattato e di quelli che conoscono le linee guida CDC di Atlanta. Dall'analisi dei dati emerge che il 75,29% degli infermieri utilizza protocolli per la gestione del CVC.

I più partecipi ai corsi di aggiornamento sono gli infermieri diplomati prima del 1994 (53,33%); mentre il 55% degli infermieri diplomati dopo il 1994 dichiara di non avervi mai partecipato.

Inoltre, i risultati evidenziano che sono soprattutto gli infermieri diplomati prima del 1994 (32,94%) a non aver mai sentito parlare delle linee guida CDC di Atlanta.

Per evidenziare le tipologie di comportamenti e presidi adottati per la cura del CVC e per individuare il livello di aggiornamento delle conoscenze possedute dagli infermieri sull'argomento trattato, si è pensato di porre quesiti che trattano argomenti quali: tipi di CVC, caratteristiche e possibili associazioni a complicanze infettive, gestione del sito di inserzione e della

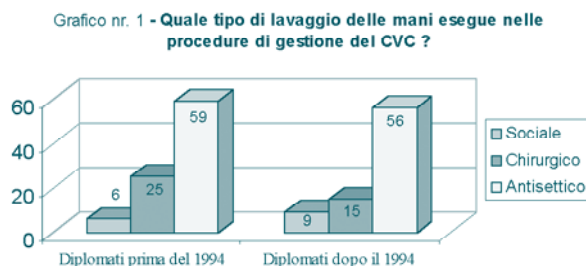
linea venosa centrale.

In particolare l'attenzione si è focalizzata sui risultati ottenuti da quesiti che approfondiscono su alcune pratiche volte a prevenire le infezioni CVC correlate (igiene delle mani; tipi di materiale; regimi di medicazione; cambio e mantenimento dei lumi di infusione).

IGIENE DELLE MANI

Dallo studio condotto risulta che il 67,65% degli infermieri dichiara di eseguire un lavaggio antisettico delle mani. Il 23,53% pratica il lavaggio chirurgico e l'8,82% ricorre al lavaggio sociale (vds Grafico nr. 1).

I CDC di Atlanta prevedono l'osservazione del lavaggio delle mani con saponi contenenti antisettici prima e dopo aver palpato il sito di inserimento del catetere, medicazione o altre manovre sul CVC (Categoria IA) ⁽¹⁾.



¹ Categoria IA:

Misure fortemente raccomandate per tutti gli ospedali e sup-portate da studi sperimentali ed epidemiologici.

Grafico 1

TIPI DI MATERIALE DEL CATETERE

L'indagine conferma l'ipotesi secondo cui il personale infermieristico interpellato ritiene che il tipo di materiale di cui è costituito il CVC può essere associato a complicanze infettive.

I cateteri in polietilene sono considerati più a rischio per l'insorgenza di complicanze infettive. Questi risultati coincidono con le raccomandazioni dei CDC di Atlanta secondo cui i cateteri in teflon o poliuretano sono associati ad un minor numero di complicanze infettive rispetto ai cateteri in polietilene i quali hanno una superficie irregolare che aumenta l'aderenza microbica di alcune specie.

REGIMI DI MEDICAZIONE DEL SITO DEL CVC

Il 41,76% degli infermieri coinvolti ritiene che la medicazione del sito di inserzione del CVC a breve termine deve essere eseguita ogni volta che la stessa si bagna, si sporca, si stacca (vds Grafico nr. 2). I CDC prevedono la sostituzione delle medicazioni usate sui siti dei CVC a breve termine ogni 2 giorni per le medicazioni con garza e almeno ogni 7 giorni per le medicazioni trasparenti (Categoria IB) ⁽²⁾.

Il 78,24% degli infermieri dichiara di indossare necessariamente guanti sterili durante il cambio delle medicazioni sui CVC; il 21,18% utilizza guanti puliti secondo adeguata tecnica "no touch" ed lo 0,58% afferma che si possono anche non usare i guanti (vds Grafico nr. 3).

² Categoria IB:

Misure fortemente raccomandate, basate su alcuni studi o su un forte razionale teorico.

Grafico nr. 2 - Ogni quanto tempo deve essere eseguita la medicazione del sito di inserzione del CVC a breve termine?

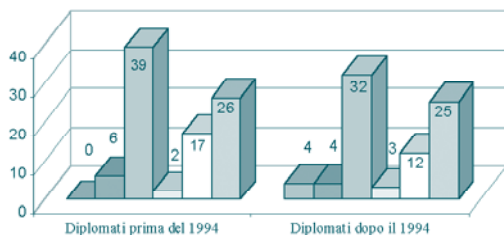


Grafico 2

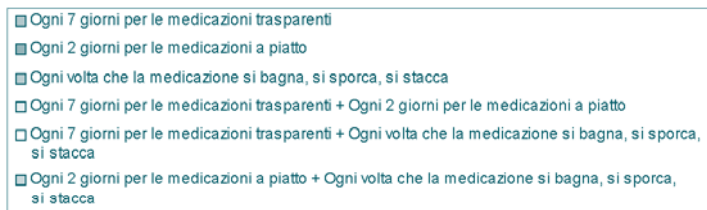


Grafico nr. 3 - Quando si cambiano le medicazioni sui CVC si possono indossare:

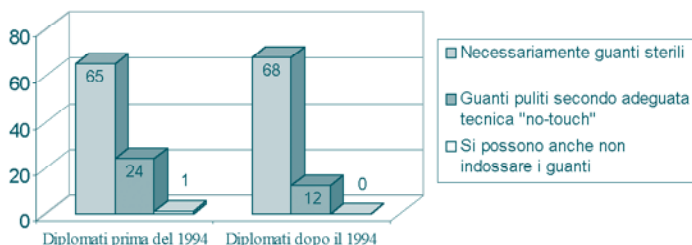
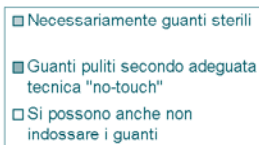


Grafico 3



Durante il cambio della medicazione si devono indossare guanti sterili o puliti con una tecnica "no-touch" (Categoria IC)⁽³⁾.

Lo studio condotto evidenzia che secondo il personale infermieristico è necessario disinfettare con soluzione iodofora durante i cambi delle medicazioni.

I risultati coincidono con le misure dettate dai CDC secondo cui la cute pulita deve essere disinfettata con un antisettico appropriato prima dell'inserimento del catetere e durante i cambi delle medicazioni. Sebbene sia preferita una soluzione al 2% a base di clorossidina, può essere usata tintura di iodio, uno iodoforo o alcool al 70% (Categoria IA).

Il 50% degli infermieri diplomati prima del 1994 ed il 60% di quelli diplomati dopo, ritengono che il sito di inserzione del CVC deve essere protetto con garze sterili o con medicazione semipermeabile, trasparente, sterile (vds Grafico nr. 4).

I risultati coincidono con quanto raccomandato dai CDC.

In caso di paziente che ha tendenza a sudare abbondantemente o se il sito è sanguinante, è preferibile utilizzare una garza piuttosto che una medicazione semipermeabile trasparente (Categoria II)⁽⁴⁾.

3 Categoria IC:

Richiesta da normative, regolamenti, standards.

4 Categoria II:

Misure suggerite per l'adozione in molti ospedali.

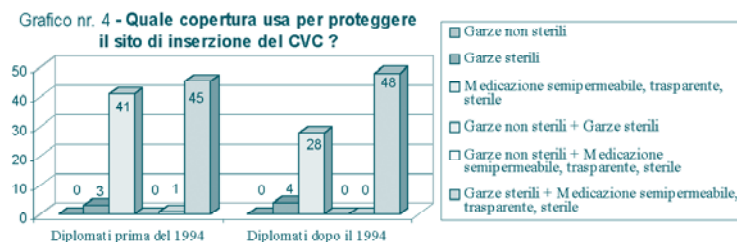


Grafico 4

I siti dei CVC tunnellizzati che siano ben guariti non necessitano di medicazione (Categoria II).

La maggior parte dei soggetti coinvolti dichiara che il sito di inserzione del CVC deve essere valutato ogni giorno tramite l'ispezione o la palpazione attraverso la medicazione.

Infatti le raccomandazioni prevedono che i siti del cateter e devono essere monitorati giornalmente attraverso l'ispezione visiva e la palpazione tramite la medicazione intatta, tenendo conto della situazione clinica di ciascun paziente (Categoria IB).

CAMBIO E MANTENIMENTO DEI LUMI DI INFUSIONE

Il 65,56% dei diplomati prima del 1994 ed il 58,75% dei diplomati dopo il 1994 affermano che i set per infusione devono essere cambiati ad intervalli di 24 ore (vds Tabella nr. 2).

Le principali istituzioni prevedono che il cambio deve essere effettuato non più frequentemente che ad intervalli di 72 ore, a meno che non sia documentata un'infezione associata a cateter e (Categoria IA).

Le linee usate per somministrare sangue ed emulsioni di lipidi devono essere sostituite entro 24 ore dall'inizio dell'infusione (Categoria IB).

Tabella nr. 2 - I set per infusione devono essere cambiati ad intervalli di:

	Diplomati prima del 1994	Diplomati dopo il 1994
12 ore	2	9
24 ore	59	47
48 ore	7	14
72 ore	7	10

Dall'analisi dei dati si evidenzia che il 42,22% degli infermieri diplomati prima del 1994 ritiene che per poter effettuare un'iniezione endovenosa, prima di accedere al sistema del CVC occorre togliere solo il tappo di chiusura. Invece il 52,50% degli infermieri diplomati dopo il 1994 afferma che prima di accedere al sistema è necessario pulire le porte per iniezione con alcool al 70% (vds Grafico nr. 5).

Quest'ultima risulta essere la modalità più appropriata da adottare (Categoria IA).

Alla domanda "Quando deve essere eseguita la manovra di eparinizzazione" il maggior numero di infermieri interpellati ha risposto: "Quando il

Grafico nr. 5 - Relativamente all'iniezione endovenosa, prima di accedere al sistema del CVC occorre:

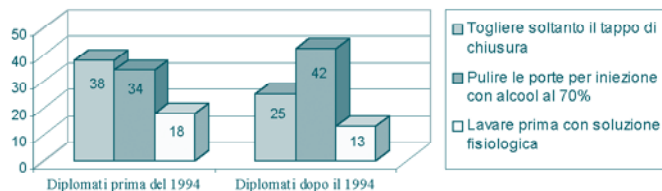


Grafico 5

CVC viene utilizzato ad intermittenza” (vds Grafico nr. 6).

Grafico nr. 6 - Quando deve essere eseguita la manovra di eparinizzazione?

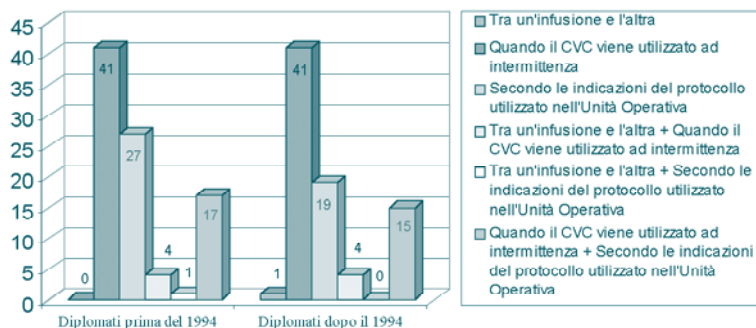


Grafico 6

I CDC di Atlanta non forniscono raccomandazioni in una categoria specifica, ma suggeriscono l'adozione di lavaggi con eparina per prevenire le trombosi, citando come aspetto correlato l'effetto antimicrobico. Pertanto le scelte operative che ne conseguono sono del gruppo di lavoro o derivano dalle indicazioni mediche.

PROPOSTA DI PROTOCOLLO:

Sostituzione della medicazione nella zona di inserzione di un CVC

- Obiettivi: fornire all'equipe assistenziale la corretta modalità di medicazione del CVC. Prevenire ed identificare le complicanze infettivologiche.

- Standard di risultato: eseguire le procedure secondo protocollo. Evitare l'insorgenza di infezioni legate al CVC.

- Figure professionali coinvolte: un infermiere.

(N.B. In base alla valutazione delle condizioni del paziente può ritenersi necessaria la presenza di due infermieri).

Materiale occorrente:

- un paio di guanti non sterili (eventualmente due paia);

- kit per medicazione sterile (contenente telo sterile, disinfettante monodose, garze e batuffoli sterili, guanti sterili);
- in alternativa confezione garze sterili, confezione batuffoli sterili, disinfettante cutaneo, guanti sterili;
- cerotto sterile premedicato;
- alcool denaturato, eventualmente soluzione fisiologica;
- cerotto adesivo;
- sapone antisettico.

Procedura a 2 operatori:

- 1) Preparare il materiale occorrente sul piano di lavoro;
- 2) Spiegare la procedura al paziente;
- 3) Indossare la mascherina chirurgica, copriscopo ed occhiali (1° e 2° operatore);
- 4) Effettuare un lavaggio antisettico delle mani avendo cura di massaggiare e dita, spazi interdigitali, unghie, fronte e retro della mano e polsi per almeno due minuti (1° e 2° operatore);
- 5) Indossare camice sterile monouso (1° e 2° operatore);
- 6) Calzare un paio di guanti sterili (1° operatore);
- 7) Il 2° operatore, con tecnica sterile, porge il materiale al primo operatore;
- 8) Il 1° operatore prepara il campo sterile disponendo il materiale necessario per la medicazione al centro di un telo sterile;
- 9) Mettere i guanti non sterili (2° operatore);
- 10) Rimuovere la vecchia medicazione dall'alto verso il basso stabilizzando il catetere e gettarla (2° operatore);
- 11) Ispezionare il punto di uscita del CVC e la zona circostante per evidenziare eventuali rossore, gonfiore, dolore (avvisare il medico se presenti) (1° e 2° operatore);
- 12) Levare e gettare i guanti (2° operatore);
- 13) Disinfettare il sito di inserzione con le garze sterili imbevute di clorexidina alcolica 0,2 %, effettuando un movimento circolare sempre più ampio, iniziando dal punto di inserzione del catetere in modo da disinfettare tutta la zona che resterà sotto la medicazione e lasciando agire per almeno 20 secondi (1° operatore);
- 14) Ripetere il punto precedente per altre due volte cercando di asportare eventuali residui organici (1° operatore);
- 15) Lasciare asciugare l'eventuale eccesso di disinfettante avendo cura di non soffiare, eventualmente tamponare con una garza sterile la cute circostante per asciugare la pelle (1° operatore);
- 16) Applicare la nuova medicazione partendo dalla porzione adesiva che andrà a contatto con il catetere (1° operatore);
- 17) Posizionare la porzione del catetere che fuoriesce ad asola, evitando torsioni o rotazioni, con la parte terminale verso l'alto (1° operatore);

Bibliografia

A cura di Rizzo M. Terapia endovenosa (1ed.). Milano: McGraw-Hill, 1999

A cura del comitato centrale Ispavi. Rapporto sulla ricerca infermieristica in Italia, L'infermiere 2003; 8-9: 26-28

Baronio V. Il protocollo nella pianificazione sistematica dell'assistenza infermieristica (2ed.). Milano: Masson, 1996

Bassetti O. Lo specifico infermieristico. Firenze: Rosini, 1993

Casati M. La documentazione infermieristica. Milano: McGraw-Hill, 1999

CDC. Guidelines for hand hygiene in health-care settings MMWR. Recommendations and Reports 2002; 51 (RR16): 1-44

CDC. Linee guida per la prevenzione delle infezioni associate a catetere intravascolare. Giornale Italiano delle infezioni ospedaliere 2002; 9 (3): 110-133

Costa M. et al. Presentare con logica multiprofessionale, utilizzando come indicatore di efficacia assistenziale il contenimento delle infezioni nosocomiali in area critica, le modalità di gestione di alcune problematiche legate al bisogno di: alimentazione parenterale nell'assistenza intensiva al neonato e bambino. www.aniarti.it, ultimo accesso: 08/05/2004

Di Giulio P. Le prove di efficacia per l'assistenza infermieristica,

- 18) Rimuovere i guanti (1° operatore);
- 19) Lavare le mani (1° operatore);
- 20) Etichettare la medicazione con sigla dell'operatore e data;
- 21) Documentare la procedura indicando data, ora, aspetto del punto di fuoriuscita e tipo di medicazione.

SORVEGLIANZA DELLE INFEZIONI

Consiste in un'attività di rilevazione dati continua (minimo di 6 mesi) associata all'uso di CVC che consente di avere informazioni sulla presenza di microrganismi sentinella, su epidemie ed endemie del reparto, sulla frequenza della procedura invasiva, sull'utilizzo degli antibiotici e sulle caratteristiche delle resistenze. Tali informazioni possono essere utilizzate per migliorare le misure di prevenzione.

I CDC raccomandano che tutte le unità operative si dotino di procedure interne per la gestione dei devices invasivi con lo scopo di prevenire le infezioni ad essi associate e di uniformare i progetti di sorveglianza.

CONCLUSIONI

L'infermiere può minimizzare i rischi di infezione associati a CVC operando secondo la standardizzazione delle procedure assistenziali adeguate e appropriate.

In maniera inequivoca è stato dimostrato che il rischio di infezione aumenta con la preparazione del personale infermieristico al di sotto di un livello critico.

Per tanto, occorre avere dei programmi che prevedano la formazione continua del personale, la monitoraggio dei dati di incidenza delle infezioni e la valutazione dell'adozione delle corrette procedure.

Spesso la formazione avviene "sul campo" con trasferimento di informazioni per lo più correlate a consuetudini o protocolli interni, senza riferimenti precisi alle evidenze scientifiche esistenti. L'adesione ai protocolli da parte di tutto il personale coinvolto è un obiettivo difficile da raggiungere; le spinte motivazionali alla redazione del protocollo, talvolta, non sono uniformi, con il risultato che non tutti condividono realmente le indicazioni date dal protocollo stesso.

Molte volte esso viene interpretato come un'imposizione e non come una risorsa.

L'infermiere, nella sua professionalità, deve essere in grado di programmare il proprio lavoro in un contesto sanitario in continua evoluzione e di fornire prestazioni basate su prove di efficacia dimostrate scientificamente.

Questo è facilmente ottenibile con l'attuazione di strategie di intervento condivise da tutto il personale dell'equipe, conformi alle linee guida dettate dai CDC di Atlanta.

Dall'analisi dei dati, ottenuti con l'indagine condotta, emerge una sostanziale omogeneità di intervento tra gli infermieri.

Assistenza infermieristica e ricerca 2001; 20 (3): 122-127

Fioresi B. et al. Prevenzione delle infezioni correlate all'utilizzo dei cateteri venosi centrali: studio prospettico e randomizzato di due medicazioni a confronto, Scenario (il nursing della sopravvivenza), nr. 4, 19 (4): 16-21, 2002.

Gentili A. et al. Il paziente critico (1ed.). Milano: C.E.A., 2003

Hamer S, Collinson G. Evidence based practice. Edizione italiana a cura di Chiari P, Santillo A. Milano: McGraw-Hill, 2002

IPASVI. Codice Deontologico degli infermieri, <http://www.ipasvi.it/federazione/index.htm>

Lo Biondo - Wood G, Haber J. Metodologia della ricerca infermieristica (3ed.). Milano: McGraw-Hill, 1997

Lusignani M. et al. Infermieristica generale e organizzazione della professione (2ed.). Milano: Masson, 2001

Moro M.L. Infezioni ospedaliere e controllo, Centro scientifico editore, Torino, 1999

Pagiusco G. et al. Linee guida e protocolli nell'assistenza oncologica (1ed.). Milano: McGraw-Hill, 2000

Prithard A.P., Mallet J. Edizione italiana a cura di Sansoni J. Procedure infermieristiche cliniche. McGraw-Hill

Rasero L. et al., confronto di due

E' fondamentale, invece, concordare sempre le decisioni ed uniformare i comportamenti basati su un razionale assistenziale, anche alla luce di un necessario confronto che sia di aiuto nella crescita professionale.

La pratica infermieristica potrà migliorare nel momento in cui gli infermieri decideranno di acquisire, consolidare e diffondere le conoscenze scientifiche.

In alcuni casi non sono sempre disponibili risposte certe ai quesiti che insorgono nella quotidianità assistenziale; per tanto da qui deve nascere lo stimolo per i professionisti infermieri a riflettere e a discutere l'appropriatezza e l'efficacia degli interventi routinariamente adottati.

E' indispensabile confrontare tali comportamenti con quelli raccomandati dalle migliori evidenze disponibili; verificarne l'applicabilità all'interno del proprio contesto e promuovere progetti di ricerca infermieristica per contribuire a minimizzare i rischi di batteriemie cateter e venoso centrale correlate.

Inoltre, risulterebbe di grande utilità la presenza, in reparto, di un infermiere addetto al controllo delle infezioni il quale ha il compito di rilevare i dati di sorveglianza, discuterli con il personale del reparto, svolgere attività di insegnamento e formazione per favorire l'introduzione di nuove misure di controllo.

differenti protocolli nell'intervallo di cambio di medicazione per cateteri venosi centrali in pazienti trapiantati di midollo osseo: risultati di uno studio multicentrico randomizzato. Assistenza infermieristica e ricerca 2000; 19 (2): 112-119

Spirani G, La Valle T. (a cura di). Procedure, protocolli e linee guida di assistenza infermieristica. Milano: Masson, 2001

Tognoni G. Linee guida, assistenza infermieristica e ricerca 2002; 21 (2): 58-60

Zennaro I. Gestione della linea venosa centrale e del sito di inserzione. www.aniarti.it, ultimo accesso: 08/05/2004

Il triage avanzato, la nuova frontiera nella gestione del paziente in pronto soccorso

L'applicazione di protocolli complessi nella valutazione infermieristica del paziente in codice giallo, studio della casistica dei pazienti fragili

C. Battezzi, A. Capitano, C. Freddi, E. Mandora

Pronto Soccorso di Gardone Val Trompia, Azienda Spedali Civili di Brescia

PAROLE CHIAVE

Triage, Triage avanzato, paziente fragile*, Dimissione Protetta*

*Paziente fragile**: **paziente** ultrasessantenne, portatore di polipatologie, polifarmacologico, **paziente** con compromissione dell'autosufficienza e/o in condizioni di precarietà o isolamento socio-ambientale e **paziente** neoplastico a termine. Il paziente fragile, se non adeguatamente supportato, può andare incontro ad oggettive e gravi difficoltà nel mantenimento e nel recupero funzionale, con peggioramento anche grave della condizione di salute e dell'autosufficienza. Tra gli eventi destabilizzanti è da considerarsi anche la sindrome da istituzionalizzazione nei reparti.

*Dimissione Protetta**: modello gestionale di integrazione ospedale-territorio per la gestione della fase acuta del paziente fragile che si integra con le attività normalmente svolte in Pronto Soccorso. Tale modello si attua attraverso l'applicazione delle abituali procedure di Pronto Soccorso che prevedono le seguenti fasi: valutazione prelievi al triage, prima visita ambulatoriale, eventuale degenza in OBI, eventuale rivalutazione clinica e strumentale presso l'ambulatorio di follow up e presso l'ambulatorio infermieristico dopo la dimissione dal Pronto Soccorso, tale da garantire il continuum di assistenza sia clinica che terapeutica in linea con i criteri di appropriatezza sia delle prestazioni di Pronto Soccorso che di ricovero. Il percorso diagnostico terapeutico di ciascun paziente si basa sull'applicazione di criteri clinici e terapeutici inquadrabili nella "buona pratica clinica" e sull'applicazione di linee guida, procedure e

NURSING E RICERCA

L'attività di triage è un insieme molto complesso ed articolato di attività infermieristiche che hanno come fine ultimo quello di attribuire un codice di gravità (decisione di triage) per ogni utente che accede al Pronto Soccorso, identificando immediatamente il paziente in pericolo di vita.

I colori utilizzati sono: Rosso per le emergenze e l'imminente pericolo di vita, Giallo per l'urgenza e il potenziale pericolo di vita, Verde per una prestazione di urgenza differibile e Bianco per le prestazioni non urgenti.



protocolli ove esistenti, nonché sull'utilizzo di un'informazione scritta firmata dal paziente. Al momento del rinvio del paziente al domicilio è identificata la durata del percorso diagnostico terapeutico in Dimissione Protetta, al termine del quale il paziente rientra nei canali assistenziali già esistenti, siano essi territoriali o residenziali.

INTRODUZIONE

La necessità di attivare nel Pronto Soccorso la funzione di Triage (dal francese *trier*, scegliere), selezionando cioè gli utenti che affluiscono ai servizi ed attribuendo una priorità di accesso a quelli in condizione di maggior urgenza, origina dalla constatazione di una situazione di sovraccollamento.

Tale sovraccollamento dipende sostanzialmente da:

- la concezione che il cittadino ha della diagnostica strumentale come strettamente connessa alla struttura ospedaliera
- la contemporanea crisi della figura del medico di medicina generale
- la necessità di ricorrere allo specialista specifico per patologia
- le lunghe liste d'attesa e i vari tickets eludibili attraverso il passaggio in PS.

L'introduzione del triage non è una risposta a questo sovraccollamento, ma contribuisce a mantenere l'efficienza delle strutture a fronte del sovraccarico di lavoro; non serve per conseguire un risparmio sulla quantità totale dei tempi di attesa, ma permette di operare in favore dell'urgenza vera, senza arrecare danno a chi, meno urgente, può attendere la prestazione di Pronto Soccorso più a lungo.

Il tipo di triage più completo è quello globale diviso in due parti: la prima riguarda la raccolta anamnestica del paziente, non una semplice accettazione amministrativa, ma indicativa anche della pregressa storia sanitaria del paziente; la seconda è la rilevazione dei dati e l'esecuzione di particolari manovre se si evidenziano situazioni di pericolo imminente.

Il personale di triage ha caratteristiche generali e specifiche.



Quelle generali sono:

- diploma di Infermiere Professionale o diploma universitario in Scienze Infermieristiche o Laurea in Infermeristica
- esperienza minima di 6 mesi in Pronto Soccorso
- formazione continua e capacità decisionale
- training in Basic Life Support
- capacità di utilizzare il processo di triage
- conoscenza delle tecniche relazionali.

Quelle più specifiche ed attinenti sono:

- l'esperienza
- il colpo d'occhio
- l'elasticità mentale
- il controllo dell'emotività
- la comunicabilità

L'attività di triage è un insieme molto complesso ed articolato di attività infermieristiche che hanno come fine ultimo quello di attribuire un codice di gravità (decisione di triage) per ogni utente che accede al Pronto Soccorso, identificando immediatamente il paziente in pericolo di vita.

Le quattro componenti della valutazione di triage sono:

- valutazione sulla porta: visione dell'aspetto generale del paziente, pervietà delle vie aeree, respiro, circolo, deficit neurologici o alterazioni dello stato di coscienza (ABCD)
- raccolta dati: valutazione soggettiva e oggettiva
- decisione di triage: l'assegnazione del codice di gravità, è il culmine di un processo molto complesso; in qualunque momento potrà essere variato.
- rivalutazione: ad intervalli predefiniti, in relazione al codice di gravità assegnato, condizioni di salute o patologie presenti.

Fra tutte le metodiche di assegnazione del codice di gravità, si è scelto di adottare i codici colore, perché più pratici, immediati, visivamente efficaci e meglio comprensibili da parte dei pazienti.

I colori utilizzati sono: **Rosso** per le emergenze e l'imminente pericolo di vita, **Giallo** per l'urgenza e il potenziale pericolo di vita, **Verde** per una prestazione di urgenza differibile e **Bianco** per le prestazioni non urgenti.

SCOPO DEL LAVORO

Lo scopo del nostro lavoro è di individuare le modalità di selezione e di gestione in fase di triage del **paziente fragile*** per orientare nel miglior modo il suo percorso intra-ospedaliero e

quello successivo a domicilio, cercando di diminuirne il più possibile i ricoveri non appropriati.

A questo proposito nasce la **Dimissione Protetta***, una collaborazione attiva tra ospedale e territorio, cioè tra medici di Pronto Soccorso e Medici di Medicina Generale, con l'educazione della famiglia e del paziente alla gestione della malattia stessa, della terapia e dello stile di vita. La Dimissione Protetta* così studiata, cerca di venire a capo di una situazione di crisi riconducibile da un lato alla chiusura del secondo presidio ospedaliero dell'alta Valle Trompia e dall'altro, soprattutto, all'aumento dell'età media di sopravvivenza degli individui (con l'inevitabile coesistenza di più patologie croniche nella stessa persona).



PAZIENTI E METODI

Nella nostra realtà i pazienti in **Codice Rosso** vengono immediatamente assegnati alla Sala Emergenza ed il triage (visto essenzialmente come raccolta dei dati anagrafici ed anamnestici e attribuzione del codice rosso) può essere fatto anche qualche minuto dopo.

In saletta vi viene compilata una scheda apposita assegnata ai codici rossi con l'elenco delle prestazioni e delle manovre riabilitative.

I pazienti in **Codice Verde** vengono registrati nel box triage, posizionati sugli ausili indicati al tipo di patologia e fatti accomodare nelle sale di attesa dopo aver loro consegnato il libretto con la carta dei servizi e il foglio informativo sul colore a loro assegnato. Vengono quindi informati sul tempo d'attesa e sui percorsi diagnostici.

I pazienti in **Codice Bianco** vengono informati sul possibile pagamento del ticket alla dimissione (essenti ultra sessantacinquenni e minori con età inferiore ai 6 anni), sui percorsi alternativi riguardo alla loro patologia e sulle eventualiità di vedersi "su parere" da altri pazienti ai quali è stato assegnato un codice di gravità maggiore.

I pazienti in **Codice Giallo** vengono triagati in uno spazio apposito dell'area triage dove vengono attuate ulteriori prestazioni atte a definire meglio la loro condizione clinica quali: ri-

vazione dei parametri vitali, posizionamento di un accesso venoso e in base ai sintomi, l'effettuazione di un ECG, previa sistemazione sul lettino e relativa svestizione.

Tutto questo per garantire un accesso facile e veloce all'i terapeutico soprattutto del **paziente fragile** rappresentato dal malato ultrasessantacinquenne, pluri patologico, polifarmacologico, con compromissione sistemica che necessita di maggiori attenzioni per tutto il tempo di permanenza in Pronto Soccorso e anche quando verrà dimesso o ricoverato.

I pazienti vengono monitorati dall'infermiere di triage e quindi rivalutati al massimo ogni 10 minuti e tutte le volte che insorgono delle complicanze.

Per definizione i codici gialli devono essere visti dal medico non oltre i 10 minuti, ma se per particolari problemi ciò non dovesse essere possibile, è responsabilità dell'Infermiere di triage non interrompere la valutazione ed il monitoraggio continuo del paziente. Altro punto fondamentale del triage avanzato è la valutazione del dolore indipendentemente dalla sede e della patologia scatenante; il dolore è senza dubbio il sintomo di presentazione più frequente.

Nel nostro presidio la procedura di triage è informatizzata e in tempo reale il medico è al corrente delle liste di attesa dei pazienti e dei codici colore a loro assegnati. Compito finale dell'Infermiere di triage è il passaggio di consegna delle informazioni riguardanti il paziente all'infermiere operante in ambulatorio.

Su questa nuova procedura è stato avviato uno studio osservazionale nel nostro PS per un periodo di 30 giorni (dal 1/2/2005 all'2/3/2005) in cui per ciascun paziente registrato come codice giallo è stata compilata 1 scheda cartacea di raccolta dati accessori a quella informatizzata. In questa scheda sono stati registrati i dati anagrafici utili a identificare il paziente, la data di arrivo in PS, i segni e i sintomi presentati, i parametri vitali (frequenza cardiaca, saturimetria, pressione arteriosa, temperatura corporea), l'eventuale esecuzione di elettrocardiogramma (paziente con dolore toracico, dispnea, sincope, ipertensione arteriosa, cardiopalm o...) e il posizionamento di un accesso venoso periferico; inoltre è presente uno spazio apposito per registrare i dati della seconda valutazione e l'eventuale variazione del codice di gravità.

continua a pagina 26

QUESTIONARIO

Questionario per la rilevazione del gradimento delle riviste edite dal Collegio IP.AS.VI. di Brescia

PREMESSA

Le riviste provinciali “Tempo di Nursing” e “Tempo di Nursing News” hanno lo scopo di garantire l’informazione/formazione dei propri iscritti, al fine di favorire il processo di aggiornamento/formazione su tematiche di attualità o che richiedono un approfondimento.

Poiché questo Collegio ha come obiettivo l’esigenza di rispondere ai bisogni dei propri iscritti oltre che quello di implementare azioni volte ad un miglioramento continuo dei servizi offerti, al fine di valutare il gradimento delle riviste edite, saremmo lieti di tenere nella debita considerazione i giudizi espressi e gli eventuali suggerimenti che deriveranno dalla compilazione del questionario di seguito riportato.

COMUNICAZIONI COLLEGIO

Il **questionario** che trovate nelle pagine seguenti va compilato e rispedito al **Collegio** nel più breve tempo possibile.

La pagina dovrà essere ritagliata oppure fotocopiata, quindi spedita via fax oppure per posta.

Ovviamente, se utilizzate il fax, ricordate di inviare ambedue le facciate.

Il numero di fax del Collegio è: **030.43194**

L’indirizzo a cui spedirlo è:

**Collegio IP.AS.VI. - Via Moretto, 42/a
25121 Brescia**



Tempo di Nursing News
n. 20 - 2004

Editore: Collegio Infermieri Professionali, Assistenti Sanitari, Vigiliatrici d'Infanzia di Brescia
Direttore Responsabile: Federica Renica - Stampa: Artigianelli S.p.a. - Via Piamarta, 6 - 25187 Brescia
Registrazione N. 36 del 3 luglio 2001 del Tribunale di Brescia
N.°20-2004 - Poste italiane Spedizione in A.P. art.2, comma 20/D, legge 662/96 - Brescia

**Questionario di rilevazione del gradimento delle Riviste
Tempo di Nursing e Tempo di Nursing News**

Cognome _____ Nome _____

Indirizzo _____

Telefono _____ E-mail _____

In quale struttura svolge la Sua attività (Azienda Ospedaliera/Presidio Ospedaliero – ASL – Clinica – Università – RSA – Unità Operativa – Sede – Libera Professione: settore e d'intervento – Sede)

Incarico svolto

Rivista Tempo di Nursing

2 - **Barrare con una crocetta la casella** che maggiormente corrisponde al giudizio da Lei attribuito agli indicatori individuati per valutare il gradimento della rivista **Tempo di Nursing**, pubblicata dal Collegio IP.AS.VI. di Brescia, secondo il gradiente sottoriportato

4 = completamente soddisfatto
3 = molto soddisfatto
2 = poco soddisfatto
1 = per niente soddisfatto

Come giudica la veste grafica e l'impaginazione della rivista ?	4	3	2	1
Esprima l' interesse attribuito agli articoli.	4	3	2	1
Come giudica l' utilità della rivista in riferimento alla Sua attività?	4	3	2	1
Esprima il Suo giudizio sui tempi di consegna della posta, rispetto alla data di emissione della rivista.	4	3	2	1
Come giudica il numero di pubblicazioni annue (tre) della rivista?	4	3	2	1

3 - Quali altri aspetti fondamentali, ritiene debbano essere e presi in considerazione per migliorare e ulteriormente il servizio?

4 - Eventuali osservazioni e/o suggerimenti

Rivista **Tempo di Nursing News**

5 - **Barrare con una crocetta la casella** che maggiormente corrisponde al giudizio da Lei attribuito agli indicatori individuati per valutare il gradimento della rivista **Tempo di Nursing News**, pubblicata dal Collegio IP.AS.VI di Brescia, secondo il gradiente sottoriportato

4 = completamente soddisfatto
3 = molto soddisfatto
2 = poco soddisfatto
1 = per niente soddisfatto

Come giudica la veste grafica e il formato della rivista ?	4	3	2	1
Esprima l' interesse attribuito alle notizie riportate.	4	3	2	1
Come giudica l' utilità della rivista in riferimento alla Sua attività?	4	3	2	1
Esprima il Suo giudizio sui tempi di consegna della posta , rispetto alla data di emissione della rivista.	4	3	2	1
Come giudica il numero di pubblicazioni annue (tre) della rivista?	4	3	2	1

6 - Quali altri aspetti fondamentali, ritiene debbano essere presi in considerazione per migliorare e ulteriormente il servizio?

7 - Eventuali osservazioni e/o suggerimenti

GRAZIE PER LA COLLABORAZIONE...

...le risposte ricevute serviranno a migliorare il servizio offerto agli iscritti.

Per qualsiasi chiarimento contattare la segreteria del Collegio IP.AS.VI.

Il Consiglio Direttivo

NB - Il questionario dovrà essere inviato via Fax al seguente numero: 030 43194

Oppure potrà essere spedito per posta al seguente indirizzo:

Collegio IP.AS.VI. - Via Moretto, 42/a - 25121 Brescia

All'inizio del prossimo anno tutti gli iscritti saranno chiamati a votare per il rinnovo del Consiglio Direttivo e del Collegio dei Revisori dei conti. Nel prossimo numero Tempo di Nursing riserverà uno spazio a coloro che intendono candidarsi alle prossime elezioni del Collegio. Tutti gli iscritti sono eleggibili, per tanto, quanti desiderano far conoscere la propria disponibilità sono pregati di farne pervenire entro il 15 Ottobre 2005 alla Segreteria del Collegio il proprio nominativo, unitamente alla qualifica professionale e all'Ente di appartenenza.

COGNOME _____ NOME _____

DATA E LUOGO DI NASCITA _____

ISCRITTO AL COLLEGIO IPASVI DI BRESCIA DAL _____ N. _____

QUALIFICA _____ SEDE DI LAVORO _____

RECAPITO TELEFONICO _____ E-MAIL _____

ESPERIENZE PROFESSIONALI E/O FORMATIVE PRINCIPALI:

SPECIFICARE LA CANDIDATURA:

CONSIGLIO DIRETTIVO

COLLEGIO DEI REVISORI DEI CONTI

DATA _____

FIRMA _____

Inviare la scheda a:

Collegio IPASVI di Brescia – Via Moretto n.42/a, 25121 Brescia

Telefax 03043194

E-mail info@ipasvibs.it

INFORMATIVA SULLA PRIVACY

La informiamo che, ai sensi dell'art.13 del Dlgs 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e successive modifiche ed integrazioni, i dati e le informazioni richieste verranno trattati esclusivamente per le finalità istituzionali e nel rispetto degli obblighi di riservatezza e sicurezza. Il trattamento dei dati personali verrà effettuato con l'ausilio di mezzi manuali ed informatici. Il conferimento dei dati è facoltativo, ma l'eventuale rifiuto renderebbe impossibile il perfezionamento degli adempimenti che La interessano e l'esercizio dei connessi diritti e obblighi. I suoi dati potranno essere comunicati ad altri soggetti, solo per lo svolgimento delle funzioni inerenti il rinnovo delle cariche nei limiti stabiliti da leggi o regolamenti.

Il titolare del trattamento è il Collegio IPASVI di Brescia, Via Moretto n. 42/a. Il responsabile del trattamento è il presidente pro tempore dell'Ente.

AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DEI DATI

Il sottoscritto, come indicato nell'informativa fornita ai sensi del Dlgs n.196/2003, per l'esecuzione dei servizi erogati dall'Ente autorizza il trattamento dei dati personali.

DATA _____

FIRMA _____

Alla fine dei 30 giorni le schede sono state completate con l'assegnazione delle diagnosi e con l'esito del percorso diagnostico-terapeutico del paziente (dimissione, ricovero presso il reparto di degenza o presso l'Osservazione Breve Intensiva e il trasferimento presso altro presidio).

RISULTATI

Dall'analisi delle schede compilate durante il nostro periodo di studio è emerso che sul totale degli accessi (1846), il 24,1% è stato considerato codice giallo. Questi 324 pazienti sono stati suddivisi a loro volta per fascia di età e in base al sesso. Gli ultrasessantacinquenni sono il 52,5% (170) divisi in 35,9% di uomini e 64,1% di donne. Quindi i cosiddetti pazienti fragili sono circa la metà dei pazienti che accedono in Pronto Soccorso in condizioni considerate mediamente critiche. In determinate fasce orari e della giornata, l'affluenza in Pronto Soccorso è tale da rendere necessaria la riorganizzazione della gestione dei pazienti fragili, partendo subito dalle fasi iniziali di accoglienza e di valutazione.

Queste situazioni di disagio che possono presentarsi sono state contrastate dall'istituzione del triage avanzato, dove il paziente mediamente critico viene valutato e costantemente monitorizzato dall'infermiere di triage, in attesa della visita medica. Da protocollo, i pazienti in codice giallo dovrebbero essere visitati dal medico entro 10 minuti dopo il triage infermieristico; per vari motivi può però intercorrere più tempo prima della valutazione medica e il lavoro dell'infermiere di triage diventa fondamentale durante questo tempo di attesa.

CONCLUSIONI

Dall'analisi dei dati derivanti dal nostro studio osservazionale si evince la necessità di introdurre una nuova procedura di triage all'interno del triage istituzionale: grazie all'utilizzo di mezzi e materiali (come per esempio l'elettrocardiogramma), l'infermiere accettante riesce ad individuare il paziente che in quel momento ha la priorità. L'attenzione sarà comunque rivolta assolutamente verso i pazienti fragili, vale a dire gli anziani, quelli affetti da polipatologie, i neoplastici in fase terminale e coloro per i quali è più difficile dedurre in prima istanza la vera natura del disagio sanitario in quanto presentano compromissione dell'autosufficienza e/o sono in condizioni di precarietà o isolamento socio-ambientale. Durante l'attesa per la visita medica,

il paziente non viene lasciato solo: viene costantemente monitorizzato ed eventualmente rivalutato; in caso di peggioramento o di miglioramento delle condizioni cliniche, l'infermiere cambia il codice colore d'ingresso e allerta il personale in caso di bisogno. Il 68,2% (116) dei pazienti ultrasettantenni è stato ricoverato in reparto di degenza; il 12,4% (21) è stato dimesso e l'11,8% (20) è stato ricoverato nel nostro reparto di Osservazione Breve Intensiva (il 4,3% cioè 9 è stato trasferito ad altro presidio e il 2,3% cioè 4 ha rifiutato il ricovero). Ciò che il nostro studio ha tenuto in considerazione è la percentuale di pazienti che sono stati ricoverati in Osservazione Breve Intensiva e quelli dimessi. L'obiettivo fondamentale del triage avanzato infatti, è che questo deve essere funzionale ed integrativo per le fasi successive al triage stesso nel percorso all'interno del Pronto Soccorso. Se il triage viene fatto in modo completo e mirato, i passi successivi (gestione in ambulatorio ed esito) sono spesso un completamento di quello che viene iniziato immediatamente dal momento in cui il paziente accede in Pronto Soccorso. Una buona prima valutazione permette di capire il problema principale del paziente fragile, ed è proprio su quello che poi si andrà ad operare: in ambulatorio, nelle ore successive con il ricovero in Osservazione Breve Intensiva e soprattutto all'atto della dimissione, con un programma specifico che seguirà il malato anche a domicilio.

Il progetto sperimentale "la Dimissione Protetta" dal Pronto Soccorso di Gardone Val Trompia, approvato in regione Lombardia dal CREU (Coordinamento Regionale Emergenza Urgenza), ha come obiettivo la gestione integrata tra ospedale e territorio della fase acuta del paziente fragile attraverso protocolli condivisi con il Medico di Medicina Generale.

Il modello del triage avanzato da noi sperimentato nella valutazione del codice giallo ha evidenziato l'importanza di tale procedura soprattutto per la gestione del paziente fragile che rappresenta infatti una percentuale significativa degli accessi considerati in tale percorso.

Le metodiche del triage avanzato rappresentano infatti per la gestione di tali pazienti la garanzia di un approccio assistenziale di qualità ottimale.

Bibliografia

Atti del "Course in **Advanced triage nursing**" by A.I.S.A.C.E. & E.N.A. (1999)

AA.VV. "N&A mensile italiano del soccorso" anno 8 Aprile 1999

Gruppo Formazione Triage "Triage infermieristico in Pronto Soccorso" Ed. Nettuno, Verona 1997

Porter J.E. "Nurse triage in accidents and emergency departments" Letter. B.M.J., 304:1378, 1992

PROGRAMMI PROVA DI AMMISSIONE AI CORSI DI LAUREA SPECIALISTICA DELLE PROFESSIONI SANITARIE

Anno accademico 2005-2006

1) Teoria/Pratica della disciplina specifica

Accertamento delle conoscenze teorico/ pratiche essenziali, nella prospettiva della loro successiva applicazione professionale; della capacità di rilevare e valutare criticamente da un punto di vista clinico ed in una visione unitaria, estesa anche nella dimensione socioculturale, i dati relativi allo stato di salute e di malattia del singolo individuo, di gruppi interpretandoli alla luce delle conoscenze scientifiche di base; delle abilità e l'esperienza, unite alla capacità di autovalutazione, per affrontare e risolvere responsabilmente i problemi sanitari prioritari. Applicare queste conoscenze anche nella risoluzione di problemi organizzativi e didattici tenendo presente le dimensioni etiche.

2) Logica e Cultura generale

Accertamento della capacità di comprendere il significato di un testo o di un enunciato anche corredato di grafici, figure o tabelle, di ritenere le informazioni, di interpretarle, di connetterle correttamente e di trarne conclusioni logicamente conseguenti, scartando interpretazioni e conclusioni errate o arbitrarie. I quesiti verteranno su testi di saggistica o narrativa di autori classici o contemporanei, oppure su testi di attualità comparsi su quotidiani o su riviste generaliste o specialistiche; verteranno altresì su casi o problemi, anche di natura astratta, la cui soluzione richiede l'adozione di forme diverse di ragionamento logico

3) Regolamentazione dell'esercizio professionale specifico e legislazione sanitaria

Accertamento delle conoscenze riguardo l'esercizio professionale specifico e delle principali fonti legislative riguardanti la specifica disciplina e la legislazione sanitaria nazionale di interesse specifico

4) Cultura scientifico-matematica, statistica, informatica e inglese

Accertamento della padronanza estesa al versante sperimentale o applicativo di conoscenze di base nei sottoelencati settori disciplinari:

Matematica, Epidemiologia, Statistica, Informatica

Nota: E' auspicabile anche inserire la comprensione di due o tre frasi semplici per verificare il grado di conoscenza della lingua inglese

5) Scienze umane e sociali, Scienze del management generale e sanitario

Psicologia, Pedagogia, didattica Sociologica, Filosofia. Management ed organizzazione

Accertamento delle conoscenze riguardo le diverse teorie presenti nel panorama contemporaneo con le corrispondenti concezioni dell'uomo e della società.

Accertamento della capacità di applicare conoscenze specifiche nella gestione di servizi ai diversi livelli e nella didattica ai diversi livelli.

Evoluzione del ruolo del caposala/coordinatore

A cura di **Federica Renica**
Presidente Collegio IPASVI di Brescia

INTRODUZIONE

I cambiamenti avvenuti nella sanità italiana hanno interessato anche la professione infermieristica ed i suoi livelli dirigenziali.

In questo contesto si impone una riflessione sul ruolo della professione infermieristica ed, in particolare, sulla sua dirigenza.

L'infermiere coordinatore è una figura che ha importanza fondamentale nell'Azienda, in quanto gestisce tutte le risorse umane, materiali, tecnologiche, strutturali, con lo scopo di raggiungere gli obiettivi definiti.

Il suo ruolo coniuga la matrice tecnico specialistica (infermieristica), con quella gestionale (coordinamento). È un leader, con il difficile compito di sostenere e la trasformazione della figura infermieristica attraverso scelte – per così dire – *guidate dall'alto*.

Questo non vuol certo diminuire l'autonomia e l'onerosità del compito assegnato agli infermieri, testimoni in prima persona del cambiamento per la posizione front-line che ogni giorno sostengono. Piuttosto si vuole evidenziare che il miglioramento dell'assistenza atteso dalla professione infermieristica deve avvalersi di un'azione front-line che miri ad una competenza centrata sulla evidenza scientifica e sulla riflessione deontologica, parallelamente ad un'efficace azione di back office, da parte della dirigenza infermieristica, orientata alla gestione della complessità assistenziale con risposte flessibili e dinamiche.

Per comprendere l'evoluzione di questa figura è indispensabile ripercorrere brevemente alcune tappe che hanno regolato la sua evoluzione e definito il suo ruolo nelle organizzazioni sanitarie.

Per comprendere l'evoluzione di questa figura è indispensabile ripercorrere brevemente alcune tappe che hanno regolato la sua evoluzione e definito il suo ruolo nelle organizzazioni sanitarie.

Aree di cambiamento che hanno coinvolto nello specifico:

- La formazione;
- La responsabilità e le attribuzioni;
- L'organizzazione e l'esercizio professionale.

LA FORMAZIONE

R.D.L. 15 agosto 1925, n. 1832 “ Facoltà della istituzione di “ Scuole-convitto professionali”

“ Art. 9 Presso le scuole - convitto può essere istituito un terzo anno di

FOCUS

Il coordinatore infermieristico diviene realmente elemento strategico fondamentale, solo se riesce a delineare una organizzazione, vissuta dai professionisti come strumento che favorisce l'esercizio delle competenze assistenziali, trasformandole in servizio per i cittadini.

La capacità di motivare e di valutare i collaboratori in associazione alla capacità di ascolto attivo, la responsabilizzazione sui risultati, la mentalità negoziale sono competenze da sviluppare per acquisire quella capacità di lettura e soluzione di problemi complessi.

Tutto ciò in una logica di continuo sviluppo e trasformazione personale e professionale che converge nell'obiettivo comune di poter governare, ai vari livelli della dirigenza infermieristica, il processo assistenziale.

insegnamento per l'abilitazione a funzioni direttive". Quelle di dette allieve, che dopo aver conseguito il diploma di Stato per l'esercizio della professione di infermiera, abbiano superato con esito favorevole anche gli esami del terzo anno di corso, conseguono uno speciale certificato di abilitazione. Il possesso di tale certificato costituisce titolo di preferenza per l'assunzione di posti direttivi.

R.D. 21 novembre 1929, n. 2330 Approvazione del regolamento per l'esecuzione del R. decreto-legge 15 agosto 1925, n 1832

Regolamento per l'esecuzione del R. Decreto - Legge 15 agosto 1925, n 1832, convertito nella legge 18 marzo 1926, n.562, riguardante le scuole convitto professionali....

Titolo V dell'insegnamento – Art 26

b) contenuti per il diploma di abilitazione a funzioni direttive nell'assistenza infermieristica:

- 1° Perfezionamento nelle materie dei primi due anni;
- 2° tecnica ospedaliera con speciale riguardo alle funzioni di capo-sala;
- 3° elementi di igiene e di medicina sociale.

I programmi particolareggiati di ciascuna materia obbligatoria d'insegnamento sono proposti dal consiglio degli insegnanti della scuola, e deliberati dal consiglio di amministrazione.

I programmi divengono esecutivi dopo l'approvazione dei ministri dell'interno e dell'educazione nazionale, sentita la speciale Commissione di cui all'art. 4 del R. Decreto-Legge 15 agosto 1925, n. 1832

DM. 30 settembre 1938 –Programmi d'insegnamento e di esame per le scuole-convitto professionali per infermieri e per le scuole specializzate per assistenti sanitarie vigilatrici.

Legge 19 Luglio 1940, n. 1098

Si istituiscono le scuole biennali per vigilatrici d'infanzia, con previsione di un terzo anno di corso per AFD dell'assistenza all'infanzia (art. 8).

D.M. (Sanità) 8 febbraio 1972

“Modificazioni al programma del Corso AFD” (n° di ore 920).

Materie di formazione generale (totale 320 ore)

- *Impostazione metodologica del corso*
- *Psicosociologia*
- *Pedagogia*
- *Nozioni giuridiche e medico-legali*
- *Diritto del lavoro e sindacale*
- *Legislazione sanitaria*
- *Sanità pubblica*
- *Nozioni elementari di statistica*
- *Tecniche amministrative e manageriali*
- *Servizio dietologico*
- *Nozioni diniche e assistenziali*

- *Tecniche ed igiene ospedaliera e extra-ospedaliera*
- *Elementi di medicina preventiva e sociale*
- *Metodologia economica*
- *Etica professionale, tecnica, direttiva e didattica*

Il tirocinio previsto era di 600 ore delle quali 400 per reparti ospedalieri di medicina, chirurgia, pediatria e terapia intensiva compresi gli ambulatori ed il pronto soccorso, e 200 presso ambulatori di enti locali, istituti di ricovero per anziani, uffici di igiene, consultori e condotte mediche.

D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502

“Revisione della disciplina in materia sanitaria a norma dell’art. 1 della Legge 23 ottobre 1992, n. 421”; art. 6, c. 3: *in forza a quest’articolo saranno soppressi entro tre anni dalla data di entrata in vigore del presente decreto anche i corsi di formazione AFD, includendoli nelle “scuole e corsi disciplinati dal precedente ordinamento”, con previsione del ripristino in ambito universitario.*

D.L. 12 novembre 2001, n. 402

“Disposizioni urgenti in materia di personale sanitario”; O.D.G. G1 e G2 collegati, seduta n. 81 della Camera del 19 dicembre, approvati dal Senato e dalla Camera: *“impegnano il governo a riesaminare con atti legislativi i problemi afferenti alle funzioni del capo sala, ad istituirne il profilo, la formazione manageriale obbligatoria e l’equipollenza del titolo di AFD col nuovo titolo formativo (master in management) organizzato dalle Università ai sensi dell’art. 3, comma 8 del D.M. 3 novembre 1999, n. 509”.*

Il Decreto Murst n. 136/2001

attiva, per l’area infermieristica, le lauree di primo e secondo livello e profila nuovi spazi per la formazione dell’infermiere coordinatore, nei master in management previsti dopo la laurea di primo livello). Il Master di I livello in Management infermieristico per le funzioni di coordinamento ha lo scopo di trasferire e l’acquisizione di competenze specifiche nell’area gestionale-organizzativa di primo livello finalizzate alla formazione dell’Infermiere con funzioni di coordinamento. Il Master ha la durata di 18 mesi per complessive 1500 ore corrispondenti a 60 crediti formativi universitari (CFU) comprensivi di attività didattica formale, attività di studio guidato e insegnamento apprendimento clinico/tirocinio.

D.M. 22-10-2004 n. 270

Modifiche al regolamento recante norme concernenti l’autonomia didattica degli atenei, approvato con D.M. 3 novembre 1999, n. 509 del Ministro dell’università e della ricerca scientifica e tecnologica.

Le università rilasciano i seguenti titoli: a) laurea (L); b) laurea magistrale (L.M.). Le università rilasciano altresì il diploma di specializzazione (DS) e il dottorato di ricerca (DR).

Il corso di specializzazione ha l’obiettivo di fornire allo studente conoscenze e abilità per funzioni richieste nell’esercizio di particolari attività professionali e può essere istituito esclusivamente in applicazione di spe-

cifiche norme di legge o di direttive dell'Unione europea.

Il Master di 1° livello in Management infermieristico per le funzioni di coordinamento ha lo scopo di trasferire l'acquisizione di competenze specifiche nell'area gestionale - organizzativa.

Il Master ha la durata di 18 mesi per complessive 1500 ore corrispondenti a 60 crediti formativi universitari (CFU) comprensivi di attività didattica formale, attività di studio guidato e insegnamento apprendimento clinico/tirocinio.

RESPONSABILITA' E ATTRIBUZIONI

Il caposala è la prima figura infermieristica con contenuto dirigenziale.

R.D. (T.U.L.S.) 27 luglio 1934, n. 1265

Art. 134: la direzione delle scuole convitto deve essere affidata ad un'infermiera in possesso del certificato AFD e che abbia tenuto con lode, per almeno un biennio, funzioni direttive dell'assistenza infermieristica in un reparto ospitaliero italiano.

L'insegnamento teorico-pratico deve essere impartito da medici competenti, dalla direttrice e dalle caposala.

Art.137: Il certificato di abilitazione a funzioni direttive, è necessario per la nomina a Caposala ed è titolo di preferenza per l'assunzione in pubblici impieghi

Il D.P.R. 27 marzo 1969, n 128

“**Ordinamento interno dei servizi ospedalieri**” delinea le attribuzioni storiche del caposala, di cui alcune, oggi, non sembrano più necessarie, mentre altre sono estremamente attuali. Si cita testualmente: “ il caposala è alle dirette dipendenze del primario e dei sanitari addetti alla divisione, sezione o servizio:

- controlla e dirige il servizio degli infermieri e del personale sanitario;
- controlla il prelevamento e la distribuzione dei medicinali, del materiale di medicazione e di tutti gli altri materiali in dotazione;
- controlla qualità e quantità delle razioni alimentari dei ricoverati e ne organizza la distribuzione;
- è responsabile della tenuta dell'archivio.

D.P.R. 27 marzo 1969, n. 130

“**Ordinamento del personale degli enti ospedalieri**”; art. 120: il caposala può essere un IP che non ha il titolo di AFD ma adeguata anzianità (...); comma 2°: gli IP specializzati dipendono direttamente dai sanitari (...).

Il D.P.R. 14 marzo 1974 n. 225

“**Mansionario dell'Infermiere Professionale**” attribuisce agli infermieri compiti organizzativi e amministrativi e quindi mette parzialmente in discussione la necessità di una figura specifica di coordinamento.

Contratto 1979

Allegato 1: i dipendenti inquadrati al 6° livello (il caposala era tra questi

fino al 1987) hanno “...compiti d'indirizzo, guida, coordinamento e controllo nelle unità operative...”.

D.P.R. 20 dicembre 1979, n. 761

Stato giuridico del personale del SSN”; allegato 1: inquadramento del caposala nella tabella I – Personale infermieristico come operatore professionale coordinatore e 1[^]ctg. La subalternità del caposala rispetto al primario e agli altri sanitari medici è stata eliminata dall'art. 63, che ha abolito i poteri gerarchici del primario, riservandogli compiti di programmazione e direzione intesa nel senso di istruzione, direttive e verifica dei risultati rispetto ai piani di lavoro.

D.M. 30 gennaio 1982 (modificato il 3 dicembre 1982)

“Regolamento recante la disciplina concorsuale”. *Per la posizione di operatore professionale coordinatore e si richiede il certificato AFD e almeno due anni di anzianità come IP.*

Il D.P.R. 7 settembre 1984 n. 821

stabilisce che l'operatore professionale coordinatore svolge attività di assistenza diretta attinente la sua competenza professionale (viene enfatizzata in questo modo la sua matrice infermieristica); coordina l'attività del personale infermieristico e ausiliario; predispone piani di lavoro, nell'ambito delle direttive impartite dal responsabile dell'unità operativa, nel rispetto dell'autonomia operativa del personale e delle esigenze del lavoro di gruppo; svolge attività di didattica e attività finalizzata alla sua formazione; è responsabile dei propri compiti limitatamente alle prestazioni e funzioni disposte dalla normativa vigente.

PROFILO STORICO DEL CAPOSALA.

Con il **D.Lgs 502 del 30 dicembre 1992** e successive modificazioni **D.Lgs 517 del 07 dicembre 1993** “Modificazioni al D.Lvo n 502/92, “Revisione della disciplina in materia sanitaria a norma dell'art. 1 della Legge 23 ottobre 1992, n. 421

Cessavano di avere efficacia le disposizioni del D.P.R. 128/69.

Il D.P.R. 28 novembre 1994, n. 384

istituisce la figura dell'operatore tecnico addetto all'assistenza e l'infermiere coordinatore diventa responsabile delle attività di tale figura.

Con il D.Lgs. 19 settembre 1994, n. 626

“sicurezza nei luoghi di lavoro” assume la nuova funzione di “preposto – caposala”, con competenze relative alla rilevazione e controllo dei rischi professionali dei lavoratori, all'effettuazione di interventi informativi, formativi e alla predisposizione dei dispositivi di protezione individuali necessari agli operatori.

Il D.P.C.M. 19 maggio 1995

“Carta dei servizi sanitari pubblici” attribuisce all'infermiere

coordinatore, in modo diretto e indiretto, compiti di controllo sulla qualità dell'assistenza in relazione all'accoglienza, al comfort (pulizia ambientale, cambi biancheria, orari, modalità dei pasti), all'adeguatezza dell'assistenza ai malati terminali, alla personalizzazione dell'assistenza, alla riservatezza e privacy, all'orientamento del cittadino e al rispetto della morte.

D.P.R. 27 marzo 2001, n. 220

“Regolamento recante la nuova disciplina concorsuale del personale non dirigenziale del SSN”; art.56: (...) è abrogato il D.M. 30 Gennaio 1982, recante normativa concorsuale *del caposala*; art. 39: *cancellazione del titolo di AFD per accedere alle funzioni di caposala e sostituzione con un'anzianità di servizio triennale per l'accesso al ruolo (biennale se in possesso del titolo AFD), ed una formazione “opzionale” aziendale.*

Disegno di Legge n° 1645 “l'istituzione della funzione di coordinamento per le professioni infermieristiche ed individuazione di alcuni profili tecnico-professionali operanti nella sanità veterinaria” approvato in Commissione Igiene e Sanità del Senato.

Art. 2 (Istituzione della funzione di coordinamento)

Art. 3 (Definizioni)

La funzione di coordinamento è di tipo gestionale

Per funzione di tipo gestionale si intendono:

- l'organizzazione, gestione e valutazione dei professionisti appartenenti all'unità operativa coordinata o ad altre strutture, nonché degli operatori che li coadiuvano;
- la pianificazione, gestione e verifica dei diversi processi a valenza sanitaria e socio-sanitaria e afferenti alla funzione sanitaria di competenza e alla funzione alberghiera o a quelle di supporto;
- la gestione delle risorse tecnico-strumentali, dei presidi sanitari e farmacologici;



ORGANIZZAZIONE ED ESERCIZIO PROFESSIONALE

La revisione di norme e competenze inerenti la figura del caposala/coordinatore ha fatto calare la nebbia, creando una terra di nessuno, ove regna la confusione.

Per quanto riguarda le Aziende Sanitarie in questi ultimi anni si sono adeguate alle normative, modificando completamente i loro modelli organizzativi e gestionali, allo scopo di ridurre i costi e ottimizzare le risorse disponibili.

In particolare gli infermieri coordinatori, principali gestori delle risorse (tecnologiche, strutturali e umane), sono stati travolti da questi cambiamenti senza avere le competenze e gli strumenti necessari per poterli gestire. Ci siamo abituati a navigare a vista. L'incertezza, l'imprevedibilità, la competizione sono diventate delle costanti anche per questo settore.

Questo ha portato, in carenza di una programmazione a monte, ad un modo di lavorare in costante emergenza, che è diventata routine.

L'attuale figura dei coordinatori infermieristici risulta priva di una formazione "ad hoc", essendo terminati i corsi di abilitazione alle funzioni direttive da circa un decennio, necessaria per governare il cambiamento. Parlare di competenze, in questo contesto, sembra avveniristico, e forse un po' utopistico, ma forse può servire da stimolo a riflettere e meditare sulla necessità di cambiare, di iniziare a considerare e valorizzare le persone (con le loro competenze), in quanto solo loro possono rendere possibile l'evoluzione e la sopravvivenza dell'organizzazione.

Il quadro normativo, rimane un riferimento utile ma non sufficiente per delinearne le funzioni svolte dall'infermiere coordinatore, in quanto sarebbe indispensabile contestualizzarlo nella realtà operativa. Per questo è necessario prevedere dei percorsi formativi finalizzati allo sviluppo di competenze professionali specifiche.

Il Decreto Murst n. 136/2001, attiva, per l'area infermieristica, le lauree di primo e secondo livello e profila nuovi spazi per la formazione dell'infermiere coordinatore, nei master in management (previsti dopo la laurea di primo livello).

La Federazione nel 2001 ha elaborato un documento, contenente le linee guida per il master di primo livello in management infermieristico per le funzioni di coordinamento.

Tale documento propone una struttura metodologica per la progettazione di un curriculum per le funzioni di coordinamento, orientato dai problemi prioritari di qualità dei servizi.

La premessa è che il sistema educativo, considerato uno dei principali sistemi di sostegno del "servizio" e della politica sanitaria, si debba orientare verso problemi prioritari di salute e quelli della qualità dei servizi sanitari.

Esempi di problemi di qualità dei servizi possono essere: difficoltà di integrazione fra servizi, difficoltà di comunicazione e integrazione tra i membri dell'équipe, lunghi tempi di attesa per le prestazioni sanitarie, demotivazione del personale, difficoltà nella determinazione rapporti costi/benefici.

Nel documento viene definito chi è il caposala: "l'infermiere con funzioni di coordinamento è un professionista che ha conseguito il master in management infermieristico per le funzioni di coordinamento ed ha acquisito competenze specifiche nell'area organizzativa e gestionale di primo livello, allo scopo di attuare politiche di programmazione sanitaria, interventi volti al miglioramento continuo della qualità in riferimento alle risorse strutturali, tecnologiche ed umane dell'ambito del servizio coordinato per garantire gli obiettivi del sistema organizzativo sanitario.

In particolare, in riferimento alla strutturazione del master viene evidenziato che lo stesso è finalizzato allo sviluppo di cinque competenze:

- gestire persona e relazioni;



- gestire budget;
- gestire informazioni e comunicazione;
- gestire processi, progetti e valutazioni;
- gestire la ricerca.

E' ovvio che una formazione, così programmata, fornirà ai partecipanti competenze professionali specifiche spendibili nel contesto organizzativo di assegnazione.

Inoltre, competenze professionali specifiche, rendono l'infermiere coordinatore capace di affrontare qualsiasi situazione, perché in grado di analizzarla (raccolgendo tutte le informazioni necessarie), di affrontarla (perché prende decisioni in modo ponderato e con rapidità, sceglie le azioni più efficaci e instaura una relazione positiva con i collaboratori) e valutarla (in tutte le sue fasi di sviluppo e nei risultati raggiunti).

Sviluppare queste competenze è indispensabile sia per l'organizzazione (per raggiungere i suoi fini) sia per l'infermiere coordinatore, che, sentendosi considerato competente, si sente anche soddisfatto e conseguentemente motivato.

Il coordinatore infermieristico diviene realmente elemento strategico fondamentale, solo se riesce a delineare una organizzazione, vissuta dai professionisti come strumento che favorisce l'esercizio delle competenze assistenziali, trasformandole in servizio per i cittadini.

La capacità di motivare e di valutare i collaboratori in associazione alla capacità di ascolto attivo, la responsabilizzazione sui risultati, la mentalità negoziale sono competenze da sviluppare e per acquisirle e quella capacità di lettura e soluzione di problemi complessi.

Tutto ciò in una logica di continuo sviluppo e trasformazione personale e professionale che converge nell'obiettivo comune di poter **governare**, ai vari livelli della dirigenza infermieristica, **il processo assistenziale**. A conclusione della mia relazione ritengo importante riaffermare che la formazione, per il coordinatore infermieristico, è strumento fondamentale di crescita personale e del gruppo professionale di appartenenza ed è garanzia di qualità del ruolo di coordinamento esercitato e delle prestazioni erogate...e, proprio per questo, rilancio un quesito agli appartenenti la professione meritevole di approfondimento: quale formazione per i coordinatori? Quali e quanti dirigenti vogliamo per governare il processo assistenziale?

Bibliografia

Stefano Biagi, Bruno Cavaliere, Clara Moretto,
 "Funzioni e attività del coordinatore infermieristico di dipartimento fra letteratura e normativa: un'indagine nella realtà italiana"
 Management Infermieristico, n.2
 Lauri Edizioni Milano 2004;

Tiziana Gandini,
 "Le competenze e la valorizzazione del patrimonio umano in sanità"
 Franco Angeli editore
 Milano 2005;

Laura D'Addio,
 "Il nuovo Codice Deontologico dell'infermiere: implicazioni per coordinatori e dirigenti infermieristici"
 Management Infermieristico, n.3
 Lauri Edizioni, Milano 1999;

Comitato Centrale Federazione Nazionale Collegi IPASVI,
 "Linee guida per il master di primo livello, Roma, 2001".

Luca Benci,
 "Il ruolo e le attribuzioni della dirigenza delle professioni sanitarie non mediche dopo l'accordo del CCNL integrativo della dirigenza sanitaria, tecnica e amministrativa" n. 3
 Lauri Edizioni Milano 2002.

Quesiti degli Iscritti

a cura di **Federica Renica**

Presidente Collegio IPASVI di Brescia

Da tempo giungono al Collegio domande ricorrenti di carattere professionale, contrattuale, legale, fiscale e relative all'attività libero professionale.

I quesiti, e le relative risposte, costituiscono un patrimonio che non vogliamo disperdere e perciò questo spazio della rivista è in parte riservato alla pubblicazione delle risposte formulate.

I pareri sono espressi in collaborazione con professionisti esterni al Collegio, Studio Bizidi & Associati, Commercialisti e revisori contabili, Prof. Avv. Dario Vladimiro Gamba e, al bisogno, altri consulenti specifici.

La documentazione integrale è comunque a disposizione presso la sede del Collegio.

Domande:

richiesta di legittimità nelle seguenti fattispecie di attività infermieristica presso

Case di Cura:

- 1 affidamento di turni di servizio ad infermieri, in un reparto diretto da una caposala affiancata da infermieri dipendenti, ad uno studio associato di cui gli infermieri sono tutti soci ovvero hanno con lo studio stesso un rapporto libero professionale;**
- 2 affidamento di turni di servizio ad infermieri, in un reparto diretto da una caposala affiancata da infermieri dipendenti, ad infermieri libero professionisti in rapporto diretto con la Casa di Cura;**
- 3 affidamento di turni di servizio ad infermieri, in un reparto diretto da una caposala affiancata da infermieri dipendenti, ad una cooperativa della quale gli infermieri sono soci oppure hanno un rapporto libero professionale;**
- 4 affidamento di turni di servizio, di un reparto la cui sola direzione è in capo a personale religioso, di personale infermieristico ad una cooperativa della quale gli infermieri possono essere soci/dipendenti/liberi professionisti.**

ASPETTI GIURIDICI

(...) La dottrina, taluna giurisprudenza e la regolamentazione professionale (regolamento IPASVI su forme di esercizio) hanno riconosciuto la possibilità per i professionisti sanitari di organizzare la propria attività unicamente in forma di cooperativa sociale di tipo A (ex art.10, legge 381/91). Quindi delle due l'una: o i soci della cooperativa sono tutti o in grandissima prevalenza, infermieri, e l'oggetto sociale della società è quindi la prestazione sanitaria propria al pari di uno studio associato; oppure, nelle società coop. ad oggetto sociale ampio (del tipo "dalla pizza all'infermiere, dal burro ai cannoni..."), gli infermieri sono dipendenti quali soci-lavoratori e allora lavorano direttamente per i soci della cooperativa stessa e non per terzi.



Risposta:

La questione viene posta in riferimento a quattro diverse tipologie di integrazione del personale infermieristico interno all'Ente, che per chiarezza debbono essere analizzate distintamente.

Orbene, il quesito pone tre casi in parte omogenei caratterizzati dalla compresenza di infermieri esterni e "strutturati" ed un quarto caso ove si ipotizza la sola presenza di professionisti esterni che coprono tutti i turni di servizio.

Va però tenuto presente che in quasi tutte le ipotesi configurate aleggia un equivoco di fondo, che sta a monte rispetto alla questione del mero rischio di vertenza per il riconoscimento della natura subordinata del rapporto: tutte le volte in cui la prestazione meramente intellettuale viene fornita con l'intermediazione (ed il lucro) di un terzo (società cooperativa e non, impresario, procacciatore di infermieri, etc.), si ricade quasi sempre nell'odioso ed illegale fenomeno del caporalato.

Infatti; va ricordato che la presenza di un terzo inserito tra il prestatore d'opera e l'utilizzatore della prestazione è possibile solo nei casi tassativamente previsti dalla legge e cioè:

A) Lavoro interinale ipotesi residuale, oggi praticata solo per le pubbliche amministrazioni. In forza di tale norma, l'intermediazione di manodopera può essere praticata solo da speciali società autorizzate dal governo (c.d. società interinali). Diversamente è inevitabile la ricaduta nel reato di intermediazione di manodopera di cui alla legge n. 1369/60, che prevede sanzioni penali;

B) Somministrazione di lavoro. Introdotta dalla c.d. legge Biagi (D.Lgs. n.276/03), che presuppone in capo al somministratore (*alias*, intermediario) un decreto autorizzatorio da parte del Ministro, in difetto del quale scatta la sanzione penale, fino all'arresto in taluni casi di recidiva.

Purtroppo, va registrato che la pressoché totalità degli attuali "intermediatori di fatto" presenti sul territorio non appartiene a nessuna delle due categorie di intermediari di cui sopra e pertanto operano nella illegalità.

Passiamo ora alle specifiche domande di cui a quesito.

1. Affidamento di turni di servizio a liberi professionisti esterni, individualisti o membri di uno studio associato oppure ancora che "...abbiano con lo studio associato un rapporto libero professionale", sotto il coordinamento di una caposala e di concerto con personale dipendente;

2. Medesima fattispecie di cui sopra, ma con la variante che i liberi professionisti siano "...in rapporto diretto con la casa di cura".

Le due ipotesi presentate paiono scver e da profili di illiceità sulla scelta dei fornitori esterni da parte della casa di cura, realizzandosi in entram-

be quel rapporto diretto tra professionista e committente (*intuitus personae*) che viene ritenuto auspicabile dal codice (artt. 2229, ss.) e dalla deontologia di settore (*Norme di comportamento nell'esercizio libero professionale - Fed. Naz. IPASVI*), in materia di prestazioni d'opera intellettuale.

Da questo profilo, la forma "studio associato" è del tutto assimilabile, sia dal punto di vista contrattuale che da quello fiscale, al singolo professionista, costituendo esso una semplice aggregazione di singoli che non perdono la loro individualità nei confronti del committente.

Non si comprende però, per le medesime ragioni, il significato di quell' "aver con lo studio associato un rapporto libero professionale", visto che i membri dello studio dovrebbero avere il loro rapporto professionale direttamente con il cliente / committente: i soci di uno studio associato sono, appunto, lo studio stesso con il quale hanno una totale immedesimazione che caratterizza il rapporto associativo. Le sostituzioni e/o integrazioni "al bisogno" richieste a professionisti esterni, quindi, dovrebbero costituire eccezione alla regola.

Non si vorrebbe, infatti, che la sproporzione tra il numero di soci ufficiali e la quantità di prestazioni prodotte finisse per denotare una furba forma di intermediazione sotto mentite spoglie; dove la personalità ed autonomia professionale per irrobberò sotto il "fuoco amico" del caporal/collega...

3. Affidamento di turni di servizio ...ad una cooperativa della quale gli infermieri sono soci...,.

Ad oggi nel nostro ordinamento non esiste la possibilità di esercitare la attività infermieristica professionale nella forma della società di capitali, sia essa o meno società cooperativa (si ricordi che le cooperative sono perlopiù s.r.l., quindi società di capitali...).

Come possibile scappatoia, la dottrina, taluna giurisprudenza e la regolamentazione professionale (regolamento IPASVI su forme di esercizio) hanno riconosciuto la possibilità per i professionisti sanitari di organizzare la propria attività unicamente in forma di cooperativa sociale di tipo A (ex art. 10, legge 381/91). Quindi delle due l'una: o i soci della cooperativa sono tutti o in grandissima prevalenza infermieri, e l'oggetto sociale della società è quindi la prestazione sanitaria propria al pari di uno studio associato; oppure, nelle società coop. ad oggetto sociale ampio (del tipo "dalla pizza all'infermiere, dal burro ai cannoni..."), gli infermieri sono dipendenti quali soci-lavoratori e allora lavorano direttamente per i soci della cooperativa stessa e non per terzi. In caso contrario ben può configurarsi l'intermediazione di manodopera, soprattutto se viene accertato un lucro parassitario da parte della cooperativa. nel fornire a pagamento le prestazioni dei propri dipendenti a terzi (con il naturale ricarico che dà ragione di esistere al meccanismo).

Unica eccezione, secondo unanime parere sia ministeriale che giurisprudenziale, il caso in cui la cooperativa sociale gestisca con proprio rischio

ed integralmente una intera struttura sanitaria.

...oppure hanno un rapporto libero professionale con la cooperativa

La dicitura non ha senso. una volta definito il concetto di “attività libero professionale”.

Infatti, se il cliente fruitore e cui l’infermiere deve fatturare (p.s.: i liberi professionisti fatturano, n. d. r.) è la cooperativa stessa (ovvero, i suoi soci), *nulla quaestio*. Se invece la prestazione è svolta a favore di terzi, i quali retribuiscono non il professionista (o i professionisti) direttamente, ma bensì la coop sociale che fa da intermediaria, si ricade nelle osservazioni di cui sopra e comunque difficilmente può parlarsi di rapporto libero professionale, come fa il quesito.

P.S. Sempre naturalmente fatta salva l’ipotesi in cui sia la Coop. Soc. stessa a porsi come “imprenditore sanitario”, gestendo con propri mezzi ed organizzazione una intera struttura o reparto. Ma in tal caso, evidentemente, non di liberi professionisti si tratta, ma di dipendenti a tutti gli effetti.

4. Affidamento... a personale infermieristico in un reparto senza “strutturati”, con sola sottoposizione alle direttive organizzative della direzione di reparto.

Per tutte le ragioni sopra viste, questa formula pare la più sicura sul piano legale. Infatti, tale soluzione, che di solito ha forma di “convenzione a progetto” per un certo periodo rinnovabile, è quella che più garantisce l’autonomia professionale degli infermieri ingaggiati, ancorando le loro responsabilità non ad un contratto di lavoro stipulato con terzi, ma ai risultati professionali da loro stessi elargiti al committente. Nulla di diverso se anziché di una pluralità casuale di singoli professionisti, la casa di cura preferisce rivolgersi ad una compagine professionale già esistente, purchè questa sia realmente fatta tra professionisti e non funga invece, come si diceva sopra, da mera agenzia di collocamento.

Una volta operata a monte la corretta scelta dell’interlocutore negoziale, meno preoccupante appare, a parere di chi scrive, il secondo problema prospettato nel quesito, cioè quello della possibile (in astratto) configurabilità di un rapporto di lavoro subordinato *tout court*, contro ed a prescindere dalle apparenze giuridiche volute creare e dalle parti stipulanti.

Infatti, sulla questione la giurisprudenza lavoristica più recente e la dottrina dominante hanno avuto modo di precisare che nel contratto d’opera; a differenza che in quello di lavoro subordinato, vige una presunzione di pariteticità ed autonomia delle parti negoziali, le quali ben possono concordare liberamente modalità di esecuzione delle prestazioni, ispirate alle più varie esigenze. In tale ottica, neppure l’orario fisso, la bollatura o i turni programmati sono da soli sintomatici di un rapporto dipendente dissimulato, ma occorre anche la simultanea compresenza di una pluralità di altri indicatori, quali: la effettiva subordinazione gerarchica (ulteriore

rispetto alla mera accettazione di protocolli operativi o linee guida), il potere disciplinare del datore, la applicazione di istituti tipici del CCNL, etc. (per tutte, vedi: *Cassazione civile, sez. lav., 13 maggio 2004, n.9151; Corte appello Torino, 16 luglio 2003; Tribunale Milano, 26 marzo 1991*).

Quanto sopra chiarito, è però evidente che la soluzione certamente più “blindata”, per quel che ci interessa, consiste nella rigorosa scelta di interlocutori conclamatamente liberi professionisti, per i quali ben si potrà invocare la libera auto-determinazione e auto-sottoposizione a determinate regole organizzative aziendali.

Diversamente, l'autonomia negoziale dell'interlocutore/venditore di servizi infermieristici altrui, ancorché esistente; non solo nulla apporta, ma anzi “rema contro” la tesi della libertà negoziale del professionista interessato. Cosicché, riuscendo a dimostrare la subordinazione di fatto del lavoratore, scatterebbe immediatamente il meccanismo sanzionatorio della somministrazione di lavoro non autorizzata, che, oltre alle sanzioni penali già dette, comportano non lievi conseguenze civilistiche e patrimoniali all'utilizzatore. Infatti, l'art. 27 del decreto Biagi, sulla falsariga di quanto già prevedeva il divieto di intermediazione di manodopera, prevede che:

“...Quando la somministrazione di lavoro avvenga al di fuori dei limiti..., il lavoratore può chiedere, mediante ricorso giudiziale a norma dell'articolo 414 del codice di procedura civile, notificato anche soltanto al soggetto che ne ha utilizzato la prestazione, la costituzione di un rapporto di lavoro alle dipendenze di quest'ultimo con effetto dall'inizio della somministrazione...”

Atteso quanto sopra, non si condividono talune delle asserzioni contenute nel parere dell'Ufficio Lavoro e Rel. Sindacali dell'ARIS, circa il presunto alto tasso di rischio che ricorrerebbe nella adozione di forme di collaborazione diverse dalla somministrazione di lavoro.

Anzi, si ritiene che, per la natura intellettuale delle prestazioni di cui trattasi e per la spiccata natura fiduciaria che caratterizza i servizi alla salute, la somministrazione di lavoro sia la pratica meno indicata, soprattutto allorché non si tratti di incarichi che coinvolgano professionisti in numero superiore ad alcune decine.

Migliore si è rivelato nella prassi il contratto d'opera in convenzione o “a progetto” (all'interno del quale certamente possono anche essere fissati turni; orari, obblighi di rendicontazione, etc., nei termini suddetti) con i professionisti (o loro sodalizi giuridicamente leciti, corre visto dianzi) direttamente interessati.

Comunicazioni Collegio

Invito agli iscritti per l'invio di articoli di nursing in area pediatrica

La somministrazione dei questionari di soddisfazione in relazione alla rivista del Collegio Ipasvi di Brescia, Tempo di Nursing, ha permesso di rilevare l'opportunità di ospitare articoli scientifici focalizzati sull'assistenza infermieristica in area pediatrica.

L'esigenza, emersa dalle segnalazioni fornite dai questionari pervenuti al Collegio, sono condivise dal Consiglio direttivo.

Pertanto sollecitiamo i colleghi ad inviare lavori, relazioni ed articoli che forniscano indicazioni ed approfondimenti utili nel nursing pediatrico, anche alla luce dello svolgimento del master di 1° livello in Assistenza Infermieristica in Area Pediatrica, presso l'Università degli Studi di Brescia, la cui partecipazione dei colleghi permetterà un'efficace riflessione sulla clinica e sulla prassi assistenziale.

Il Comitato di redazione della rivista accoglie nuove proposte di pubblicazione e garantisce supporto ed accompagnamento ai colleghi nella revisione dei potenziali articoli di Tempo di Nursing.

Tempo di Nursing è presente anche on-line su www.ipasvibs.it, gli articoli proposti possono essere inviati all'attenzione della redazione di Tempo di Nursing, e-mail info@ipasvibs.it.

Procedimenti disciplinari

Il Consiglio Direttivo ritiene doveroso pubblicare gli estremi dei provvedimenti disciplinari adottati per informare gli iscritti sia delle decisioni assunte che sulla individuazione dei comportamenti ritenuti deontologicamente scorretti.

Nel caso delle sanzioni di censura, avvertimento, diffida, si è ritenuto di mantenere il riserbo sul nome degli iscritti specificando solo le iniziali; si è peraltro deciso che nel caso di inflazioni di sanzioni quali la sospensione e/o la radiazione sarà comunicato agli iscritti il nominativo dell'iscritto sanzionato.

Procedimento n° 4/A/04

con delibera n° 103/A/04 del 07/12/04 il Consiglio Direttivo dispone l'apertura di un procedimento disciplinare nei confronti del signor **Filippini Giancarlo**, Iscritto all'albo degli Infermieri Professionali contestando i seguenti addebiti:

Per aver disatteso le richieste di informazioni e chiarimenti avanzate dalla Presidente del Collegio; per aver costituito e gestito soggetti societari in violazione delle norme giuridiche e deontologiche; per aver esercitato una attività di gestione ed intermediazione della libera professione in modo

lesivo del decoro della professione e della dignità dei colleghi professionisti.

Con nota raccomandata prot. 616/05 Del 14/02/05, recapitata il 17/02/05, l'addebito viene contestato all'interessato, unitamente alle comunicazioni di rito relative alle prerogative difensive, nonché alla data della trattazione orale del procedimento, con dichiarazione che si sarebbe proceduto anche in caso di assenza.

La Commissione di disciplina insediata, dopo aver sentito il relatore illustrare le circostanze e gli atti istruttori e l'incolpato, che si è presentato senza produrre la documentazione richiesta e trascurando di segnalare e aver costituito una S.R.L., fatto che perpetua la violazione delle norme deontologiche, con delibera n° 34/05 del 15/03/05 dispone il provvedimento di:

sospensione dall'esercizio professionale per un periodo di 3 (tre) mesi.

Non essendo pervenuta comunicazione di ricorso, alla Commissione Centrale Esercenti le Professioni Sanitarie, come da nota raccomandata n° 2152 del 6/06/2005 è stata trasmessa notifica all'interessato del periodo di sospensione con decorrenza **dal 20 giugno 2005** per tre mesi.

Procedimento n° 4/B/04

con delibera n° 103/B/04 del 07/12/04 il Consiglio Direttivo dispone l'apertura di un procedimento disciplinare nei confronti del signor **Daffini Matteo**, Iscritto all'albo degli Infermieri Professionali

COMUNICAZIONI COLLEGIO

(...) Uno Studio associato può sottoscrivere contratti di collaborazione per prestazioni svolte all'interno dello studio stesso (per esempio corsi di formazione agli associati da parte del professionista esterno), diversamente un contratto di collaborazione che preveda attività esterna per conto dell'Associazione configura la fattispecie dell'intermediazione di mano d'opera.

Federazione IPASVI, Prot. 8-2952/41/1, 14/05/2005

contestando i seguenti addebiti:

- 1) Per aver disatteso le richieste di informazioni e chiarimenti avanzate dalla Presidente del Collegio;
- 2) per aver costituito e gestito soggetti societari in violazione delle norme giuridiche e deontologiche;
- 3) per aver esercitato una attività di gestione ed intermediazione della libera professione in modo lesivo del decoro della professione e della dignità dei colleghi professionisti.

Con nota raccomandata prot. 610/05 Del 14/02/05, recapitata il 17/02/05, l'addebito viene contestato all'interessato, unitamente alle comunicazioni di rito relative alle prerogative difensive, nonché alla data della trattazione orale del procedimento, con dichiarazione che si sarebbe proceduto anche in caso di assenza.

La Commissione di disciplina insediata, dopo aver sentito il relatore illustrare le circostanze e gli atti istruttori e l'incolpato, che si è presentato senza produrre la documentazione richiesta e trascurando di segnalare e di aver costituito una S.R.L., fatto che perpetua la violazione delle norme deontologiche, con delibera n° 35/05 del 15/03/05 dispone il provvedimento di:

sospensione dall'esercizio professionale per un periodo di 3 (tre) mesi.

Non essendo pervenuta comunicazione di ricorso, alla Commissione Centrale Esercenti le Professioni Sanitarie, come da nota raccomandata n° 2153 del 6/06/2005 è stata trasmessa notifica, all'interessato, del periodo di sospensione con decorrenza dal **20 giugno 2005** per tre mesi.

Procedimento n° 4/C/04

con delibera n° 103/C/04 del 07/12/04 il Consiglio Direttivo dispone l'apertura di un procedimento disciplinare nei confronti della signora **Farisoglio Marita**, Iscritta all'albo degli Infermieri Professionali contestando i seguenti addebiti:

- 1) per aver costituito e gestito soggetti societari in violazione delle norme giuridiche e deontologiche;
- 2) per aver esercitato una attività di gestione ed intermediazione della libera professione in modo lesivo del decoro della professione e della dignità dei colleghi professionisti.

Con nota raccomandata prot. 613/05 Del 14/02/05, recapitata il 17/02/05, l'addebito viene contestato all'interessata, unitamente alle comunicazioni di rito relative alle prerogative difensive, nonché alla data della trattazione orale del procedimento, con dichiarazione che si sarebbe proceduto anche in caso di assenza.

La Commissione di disciplina insediata, dopo aver sentito il relatore illustrare le circostanze e gli atti istruttori e l'incolpata, che si è presentata producendo parte della documentazione che sostiene l'attuale procedimento, avendo dichiarato di gestire una S.R.L., ma non specificando come intenda risolvere questo fatto che perpetua la violazione delle norme deontologiche, con delibera n° 36/05 del 15/03/05 dispone il provvedimento di:

sospensione dall'esercizio professionale per un periodo di 2 (due) mesi.

Non essendo pervenuta comunicazione di ricorso, alla Commissione Centrale per gli Esercenti le Professioni Sanitarie, come da nota raccomandata n° 2154 del 6/06/05 è stata trasmessa notifica, all'interessato, del periodo di sospensione con decorrenza dal **20 giugno 2005** per due mesi.

La professione di infermiere. Aspetto giuridici, medico-legali, etico-deontologici.

**Aldo Carnevale, Cristian D'Ovidio
Piccin, 2005 - www.piccin.it**

A cura della Redazione

Il libro di A. Carnevale e di C. D'Ovidio, "La professione di Infermiere", costituisce un ulteriore ed opportuno contributo alla letteratura infermieristica che si occupa degli aspetti normativi e giurisprudenziali correlati all'esercizio professionale. In realtà nel complessivo scenario editoriale appare utile l'inserimento di un testo che ricomprenda, secondo un approccio in qualche modo tipicamente accademico, gli aspetti più rilevanti e peculiari legati alla responsabilità professionale dell'esercizio della professione infermieristica. Giurisprudenza, aspetti medico-legali e deontologia professionale vengono, per tanto, esplicitati lungo un percorso editoriale (di quasi 600 pagine) ricchissimo di riferimenti bibliografici e normativi, tutti attuali e "vigenti", considerando l'età di pubblicazione del testo. L'opera, strutturata in 22 capitoli ed in una ricca Appendice legislativa, ripropone il focus sull'esercizio professionale nelle seguenti aree concettuali:

1. La professione infermieristica;
2. Principi generali di diritto;
3. Elementi di medicina legale;
4. Principi di etica e deontologia professionale;
5. La responsabilità professionale;
6. La legislazione sociale;
7. Aspetti medico-legali della professione infermieristica.

L'opera di A. Carnevale (Ordinario di Medicina Legale all'Università di Chieti) e C. D'Ovidio appartiene a quella bibliografia che appare indispensabile aver nello scaffale personale di ciascun professionista. L'attualità e l'accuratezza dei temi trattati e le implicazioni normative e deontologiche riferibili alla responsabilità professionale ne fanno un testo consigliato, sia per chi esercita come dipendente del SSN che per come libero professionista. Utili anche i riferimenti normativi per chi è coordinatore, a vario titolo, dell'assistenza infermieristica. Consigliabile l'adozione all'interno dei corsi di laurea di infermieristica: il percorso metodologico e concettuale del testo lo rende significativamente adatto ed esaustivo.

SCAFFALE



La ricerca infermieristica: leggerla, comprenderla e applicarla.

Seconda edizione

James A. Fain

McGraw-Hill, 2004 - www.mcgraw-hill.it

a cura della Redazione

Il testo di J.A.Fain, alla seconda edizione, nell'edizione italiana è curato da Ercole Vellone e si colloca in quel segmento della letteratura e bibliografia infermieristica che descrive il processo di ricerca delineandone i concetti generali e le metodologie di ricerca contemporanea. L'opera, tra l'altro, propone anche una organica trattazione sulla pratica basata sulle evidenze che, paradossalmente, non sempre è sufficientemente esplicitata dai libri che trattano di ricerca. Il libro di J.A. Fain si caratterizza per la essenzialità ed immediatezza dei contenuti trattati dove il processo di ricerca viene raccontato in modo tale da fornire spunti ed apprendimenti utili sia per il lettore fruitore di articoli scientifici che per gli infermieri che aderiscono a gruppi di ricerca o di miglioramento della pratica assistenziale. Il testo, pensato nella sua prima edizione anche per gli studenti dei corsi di laurea, pur mantenendo questa connotazione nell'attuale edizione, sembra aver implicitamente (e/o esplicitamente) sviluppato un progetto editoriale più sensibile a coloro che praticano già la professione infermieristica, quindi agli infermieri già laureati e, magari, esperti. La ricerca di sintesi tra teoria e prassi della ricerca, infatti, appare ben riuscita e, pertanto, valida per lettori professionisti. In ogni caso gli obiettivi dell'autore sono esplicitamente sette:

1. far conoscere le fasi del processo di ricerca;
2. far conoscere i principi etici di base applicati alla ricerca;
3. fornire le conoscenze che permettono di valutare criticamente un problema di ricerca;
4. far conoscere le tecniche statistiche di base;
5. fornire le conoscenze sui diversi disegni di ricerca;
6. fornire gli elementi necessari per leggere criticamente un articolo di ricerca;
7. fornire le conoscenze sull'applicazione dei risultati della ricerca nella pratica.

L'opera è costituita da 17 capitoli, al termine di ciascuno è prevista una autovalutazione personale del lettore. Nonostante le 400 pagine circa, il formato del libro è tale da poter essere portato facilmente e "leggermente" nella propria valigetta o borsa. Per i contenuti, efficacemente tratti e resi sensibilmente realistici e tangibili, il testo (la cui presentazione è della prof.ssa Luisa Saiani, associato MED/45 dell'Università di Verona) è consigliato ai professionisti, in particolare a chi, in vario modo, è chiamato ad esercitare coordinamento e leadership in organizzazioni professionali, in gruppi di miglioramento della qualità, in team di ricerca finalizzata. Una ulteriore segnalazione per gli infermieri che esercitano docenza a vario titolo: le conoscenze e le strategie di ricerca fornite da J.A. Fain appaiono significativamente utili per supportare una buona metodologia didattica.

SCAFFALE



Indirizzi web di organismi ed istituzioni infermieristiche

Federazione Nazionale dei Collegi Ipasvi in Italia

www.ipasvi.it

International Council of Nurses

www.icn.ch

Royal College of Nursing

www.rcn.org.uk

Sito istituzionale inglese dedicato allo sviluppo professionale

www.nursing-standard.co.uk

Indirizzi web di associazioni infermieristiche e multidisciplinari

Associazione Infermieronline

www.infermieronline.net

Associazione Prevenzione Studio Infezioni

www.apsi.it

Associazione Infermieristica per lo Studio delle Lesioni Cutanee

www.aislec.it

Associazione Nazionale Infermieri di Area Critica

www.aniarti.it

Associazione Nazionale Infermieri Neuroscienze

www.anin.it

Associazione Nazionale Infermieri Prevenzione Infezioni Ospedaliere

www.anipio.it

Consociazione Nazionale Associazioni Infermieri

www.cnai.info

Gruppo Italiano Infermieri di Cardiologia

www.gitic.it

Gruppo di Ricerca Geriatrica

www.grg-bs.it

Indirizzi web inerenti la Medicina e l'Assistenza Infermieristica

Basata sulle Evidenze

Gruppo Italiano per la Medicina Basata sulle Evidenze

www.gimbe.it

Sito del Centro Cochrane Italiano

www.areas.it

Centro Nazionale di Epidemiologia e Promozione della Salute

www.epicentro.iss

Assistenza Infermieristica Basata sulle Evidenze

www.performed.it/infermieristica

Sito del Pensiero Scientifico Editore

www.pensiero.it

Sito del periodico "Assistenza Infermieristica e Ricerca"

www.air-online.it

Indirizzi di organismi ed istituzioni politiche sanitarie

Ministero della Salute

www.ministerosalute.it

Assessorato Sanità Regione Lombardia

www.sanita.regione.lombardia

Agenzia dei Servizi Sanitari Regionali

www.assr.it

Links Università

Università degli Studi di Brescia

www.unibs.it

Università degli Studi di Brescia Facoltà di Medicina e Chirurgia

www.med.unibs.it

Università Cattolica del S. Cuore di Roma sede distaccata in collaborazione con

www.rm.unicatt.it

Casa di Cura Poliambulanza di Brescia

1. ASSICURAZIONE
2. TERRITORIO
3. IPASVI
4. LAUREA
5. DIRIGENZA

50
1954-2004
CELEBRAZIONE
DEL CINQUANTENARIO
NATIONAL & COLLEGIUM ITALICUM

2004, nasce il Sistema di protezione
professionale Ipasvi,
una data storica per assicurare
la responsabilità del tuo lavoro quotidiano.

Noi infermieri
garantiamo
la nostra
professionalità.
Anzi,
l'assicuriamo.

 IPASVI

**COSÌ
ATTACCATI
ALLA VITA.**

www.ipasvi.it - www.ipasvibs.it

Federazione Nazionale Collegi Infermieri | Collegio Ipasvi di Brescia