



IPASVI

# Scripta Manent

N. 48

SINCERT

CSICERT



*Notiziario  
a cura del  
Collegio IPASVI  
Bergamo*

*La crisi di Governo ha bloccato  
lo storico passaggio da Collegio a Ordine...*

# Legge



# Giù le mani dalla 43!!!!

*Tutti gli infermieri sono chiamati  
a vigilare sul proprio futuro!*

L'Ordine deve attendere... ancora, ...ma gli infermieri avanzano!!! .....pag.	3
<i>Editoriale a cura della Presidente Beatrice Mazzoleni</i>	
Roma: presentata la bozza del nuovo Codice Deontologico .....pag.	4
<i>A cura di Simone Jamoletti</i>	
Decreto Presidente Consiglio dei Ministri - 25 gennaio 2008 .....pag.	10
Lilliput 16/20 Aprile 2008: IPASVI c'è.....pag.	11
<i>A cura di Annamaria Dorigatti</i>	
Perché dobbiamo difendere i SITRA?? .....pag.	12
<i>A cura di Adriana Alborghetti</i>	
Conto Consuntivo 2007/Preventivo Finanziario Gestionale - Entrate 2008 .....pag.	16
<i>A cura del Tesoriere Flavia Zanella</i>	
Viaggio nella realtà infermieristica bergamasca: Lovere .....pag.	20
<i>A cura di Raffaella Felappi</i>	
Dettagli .....pag.	26
<i>A cura di Massimiliano Russi</i>	
Corsi Ecce-InFad .....pag.	31
Il ruolo del Coordinatore Infermieristico nella prevenzione e gestione del rischio di burn-out dell'operatore in ambito oncologico .....pag.	32
<i>A cura di Timoteo Mazzoleni</i>	
Borse di studio ENPAPI per l'anno 2008 .....pag.	37
Incontriamoci il 12 Maggio: Giornata Internazionale dell' Infermiere .....pag.	39

### Semestrale del Collegio IPASVI di Bergamo

#### Proprietà, Redazione e Amministrazione:

**Collegio degli Infermieri Professionali, Assistenti Sanitari, Vigilatrici d'Infanzia IPASVI Bergamo**, Via Borgo Palazzo, 81 - 24125 Bergamo  
Tel. 035/217090, Fax 035/236332 e-mail collegio@infermieribergamo.it

**Registrazione:** Autorizzazione Tribunale di Bergamo n.12 del 14 Maggio 1994

**Direttore Responsabile:** Beatrice Mazzoleni

**Responsabile della Redazione:** Massimiliano Russi

**La Redazione:** Enzo Ambrosioni, Alessandro Bassi, Dolores Belometti, Gianluigi Bena, Angelo Bicchi, Elena Bongiorno, Annagrazia Casati, Viviana Cittadino, Annamaria Dorigatti, Raffaella Felappi, Simone Jamoletti, Marina Lanzi, Marco Mazzoleni, Cesare Moro, Aurelia Pawlicka, Paola Pennacchio, Chiara Pirola, Flavia Zanella.

**Responsabile sito internet:** Gian Luigi Bena

**Progetto grafico:** Gierre snc, via A. Corti 51, Bergamo. Tel 035 4243057

**Stampa:** Novecento Grafico s.r.l. Via Pizzo Redorta 12/a - Bergamo tel. 035 295370

Per partecipare attivamente alle iniziative del tuo collegio, iscriverti ai corsi di aggiornamento, ricevere in tempo reale le informazioni riguardanti il mondo infermieristico, puoi iscriverti alla **mailing-list** accedendo al nostro sito ([www.ipasvibergamo.it](http://www.ipasvibergamo.it)) e consultando la sezione dedicata.

Orario apertura uffici: Lunedì, Martedì, Giovedì, Venerdì 9.30 - 12.00 / 13.30 - 17.00. Giorno di chiusura: Mercoledì

Si ricorda che è possibile certificare l'iscrizione all'albo mediante **autocertificazione** (DPR 28/12/2000 n.445).

Per poter esercitare questo diritto il cittadino deve ricordare che:

- ci si può avvalere dell'autocertificazione solo nel rapporto con le Amministrazioni pubbliche dello Stato, con le Regioni, i Comuni, gli Enti di diritto pubblico.
- La legge prevede severe sanzioni penali per chi attesta false attestazioni o mendaci dichiarazioni.

# L'Ordine deve attendere... ancora, ...ma gli infermieri avanzano!!!

3

A cura della Presidente Beatrice Mazzoleni

**N**ulla di fatto per gli Ordini delle professioni sanitarie. Lo schema di Dlgs predisposto dal Ministero della Salute per adempiere alla delega prevista dalla Legge 43/2006, non ha superato il varo di Palazzo Chigi, e il 4 marzo u.s. è scaduta la delega al Governo, lasciando a bocca asciutta gli oltre 360.000 Infermieri italiani.

Potremmo parlare molto di responsabilità di questo blocco, attribuendole ai politici, alla loro non volontà di far progredire la professione e tutelare il cittadino, oppure ai medici, che subito prima della scadenza della delega, hanno inviato in forze messaggi a Governo e Regioni perché cancellassero dal testo "le attività riservate", perché sovrapponibili alle loro competenze!

Un intervento quindi pesante da parte loro, che respingono però ogni addebito invocando la tutela della categoria e dell'unitarietà del processo assistenziale.

Chiara anche la posizione della Presidente Nazionale Annalisa Silvestro che ha subito ribattuto: "Non abbiamo mai messo in dubbio la responsabilità del medico nel processo diagnostico-terapeutico e l'unitarietà del percorso assistenziale rispetto al quale, però, la pianificazione e la gestione delle cure infermieristiche non possono che essere attribuite agli infermieri".

Immediata anche la presa di posizione dei Collegi Provinciali, tra cui quello di Bergamo, che alla data della scadenza hanno inviato numerosi telegrammi ai principali rappresentanti delle forze politiche, facendogli presente il disappunto degli Infermieri nell'ulteriore rinvio dell'attuazione della delega.

E mentre si prosegue nella battaglia per il doveroso riconoscimento del Collegio in Ordine Professionale degli Infermieri e Infermieri Pediatrici, la categoria, attraverso la guida della

Federazione Nazionale, procede a grandi passi verso la pubblicazione del Nuovo Codice Deontologico.

Nella presentazione della bozza, avvenuta a Roma il 12 febbraio u.s., è stato subito evidenziato che, a differenza del Codice Deontologico del 1999 che rappresentava la responsabilità del professionista, il nuovo codice si pone come strumento che definirà l'autonomia e la libertà di scelta del malato e garantirà la continuità assistenziale.

Il Nuovo Codice Deontologico, assumerà quindi un ruolo vicario di alcune norme che non chiariscono o non danno risposte ad alcuni aspetti sui dilemmi etici riscontrabili nell'esercizio professionale.

Nonostante il blocco avvenuto per la trasformazione del Collegio in Ordine, come da sempre, gli infermieri dimostrano nuovamente di non fermarsi davanti agli ostacoli che spesso si sono presentati nel lungo percorso di evoluzione della professione intrapreso negli ultimi anni, ma di "combattere" per vedersi riconoscere istituzionalmente la professionalità applicata quotidianamente nella cura della persona.

Invito tutti gli iscritti a vigilare sul proprio futuro, dichiarando con orgoglio la propria appartenenza ad un gruppo professionale autonomo e responsabile, avendo la consapevolezza di non dovere più aspettare che qualcosa ci venga dato, ma dimostrando le proprie conoscenze attraverso la partecipazione alle politiche decisionali.

E  
D  
I  
T  
O  
R  
I  
A  
L  
E

## 4

## Roma: presentata la bozza del nuovo Codice Deontologico

A cura di Simone Jamoletti



Il 13 Febbraio 2008 è stata presentata a Roma la bozza di quello che diverrà il nuovo Codice Deontologico degli Infermieri. Dopo 10 anni di profondi cambiamenti che hanno visto coinvolti l'intero mondo della Sanità e la Professione Infermieristica, il Comitato Centrale della Federazione Nazionale dei Collegi IPASVI ha deciso di procedere ad una attenta verifica e revisione del Codice stesso. Questa prima bozza apre la stagione del confronto in quanto è suscettibile di modifiche ed arricchimenti. I 51 Articoli del nuovo Codice Deontologico dovrebbero entrare in vigore dal 2009, al termine di questo percorso di revisione; queste, intanto, le principali novità contenute:

**OBIEZIONE DI COSCIENZA** "Nel caso di conflitti determinati da diverse visioni etiche - si legge nel documento - l'Infermiere si impegna a trovare una soluzione attraverso il dialogo. Qualora vi fosse o persistesse una richiesta di attività in contrasto con i principi etici della Professione e con i propri valori, si avvale dell'obiezione di coscienza' facendosi però 'garante delle prestazioni necessarie per l'incolumità e la vita dell'assistito'" (Art. 8).

**ASSISTENZA** "L'Infermiere orienta la sua azione al bene dell'assistito, di cui attiverà le risorse sostenendolo nel raggiungimento della maggiore autonomia possibile anche

quando vi sia disabilità, svantaggio, fragilità" (Art. 4).

**ACCANIMENTO TERAPEUTICO** "L'Infermiere tutela la volontà dell'assistito di porre limite agli interventi che non siano proporzionati alla sua condizione clinica coerenti con la concezione da lui espressa della qualità della vita". "Quando l'assistito non è in grado di manifestare la propria volontà, tiene conto di quanto da lui chiaramente espresso in precedenza e documentato" (Art. 37-38).

**EUTANASIA** "L'Infermiere non partecipa a interventi finalizzati a procurare la morte, anche se la richiesta proviene dall'assistito" (Art. 40).

**FORMAZIONE** "L'Infermiere fonda il proprio operato su conoscenze validate e aggiorna saperi e competenze attraverso la formazione permanente" ... "riconosce il valore della sperimentazione clinica e assistenziale 'ma' si astiene dal partecipare a sperimentazioni nelle quali l'interesse del singolo sia subordinato all'interesse della società" (Art. 11-15).

Come si può evincere da questa rapida carrellata sui punti salienti del nuovo Codice Deontologico, tanti saranno gli argomenti di discussione prima della stesura finale e, immaginiamo, tante saranno le varie prese di posizione contrastanti che animeranno il dibattito tra i professionisti, soprattutto per quanto riguarda eutanasia e accanimento terapeutico. È chiaro l'invito della Presidente dei Collegi IPASVI Annalisa Silvestro a partecipare a questo dibattito che possa portare alla stesura di un Documento unanimemente accettato e condiviso. Sarà nostra premura seguire l'iter di formazione del nuovo Codice e darvene dettagliati aggiornamenti.

# *Roma: presentata la bozza del nuovo Codice Deontologico*

5



6

## Roma: presentata la bozza del nuovo Codice deontologico

### Il Codice deontologico dell'infermiere

Prima revisione - 12 febbraio 2008

“Sono trascorsi quasi dieci anni dall’emanazione del Codice deontologico dell’infermiere, presentato a Rimini nel 1999 durante la celebrazione del XII Congresso nazionale Ipasvi.

In questi dieci anni profondi sono stati i cambiamenti che hanno coinvolto l’intera società, il mondo della sanità e la professione infermieristica. Opportuno, quindi, è sembrato al Comitato centrale della Federazione nazionale dei Collegi Ipasvi il procedere a una verifica e a una revisione del Codice deontologico degli infermieri italiani, strumento di fondamentale importanza ai fini dell’esercizio professionale.

La Presidente e il Comitato centrale invitano, quindi, tutti gli infermieri a dare il proprio contributo alla riflessione e al dibattito sui principi e sui valori che costituiscono una guida e un punto di riferimento costante dell’agire professionale.

Con questo incontro si apre la ‘stagione del confronto’ su un documento che, in quanto ‘prima revisione’ del Codice, è aperto a modifiche, integrazioni ed arricchimenti.

L’invito è, in particolare, rivolto ai Presidenti dei Collegi provinciali Ipasvi e ai Presidenti delle Associazioni infermieristiche affinché si facciano carico di promuovere e sostenere questa importante ‘stagione del confronto’ nella consapevolezza di essere parte di un ulteriore e importante momento di crescita e maturazione della professione.

Il documento, ancora in fieri nell’articolato, potrà essere così completato anche con il Preambolo e con la strutturazione per Capi.

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

La Presidente della Federazione Nazionale dei Collegi Ipasvi  
Annalisa Silvestro

**Articolo 1 >** L’infermiere è il professionista sanitario responsabile dell’assistenza infermieristica.

**Articolo 2 >** L’assistenza infermieristica è servizio alla persona e alla collettività. Si realizza attraverso interventi specifici, autonomi e complementari, di natura intellettuale, tecnico-scientifica, gestionale, relazionale ed educativa.

**Articolo 3 >** La responsabilità dell’infermiere consiste nel curare e prendersi cura della persona, nel rispetto della vita, della salute, della libertà e della dignità dell’individuo.

**Articolo 4 >** L’infermiere orienta la sua azione al bene dell’assistito, di cui attiva le risorse sostenendolo nel raggiungimento della maggiore autonomia possibile anche quando vi sia disabilità, svantaggio, fragilità.

**Articolo 5 >** Il rispetto dei principi etici e dei diritti fondamentali dell’uomo è condizione essenziale per l’esercizio della professione infermieristica.

**Articolo 6 >** L’infermiere riconosce la salute come bene fondamentale della persona e interesse della collettività e si impegna a tutelarla con attività di prevenzione, cura, palliazione e riabilitazione.

**Articolo 7 >** L’infermiere presta assistenza secondo equità e giustizia, tenendo conto dei valori etici, religiosi e culturali, nonché dell’etnia, del genere e delle condizioni sociali della persona.

**Articolo 8 >** L’infermiere, nel caso di conflitti determinati da diverse visioni etiche, si impegna a trovare la soluzione attraverso il dialogo. L’infer-

## Roma: presentata la bozza del nuovo Codice Deontologico



miere, qualora vi fosse e persistesse una richiesta di attività in contrasto con i principi etici della professione e con i propri valori, si avvale dell'obiezione di coscienza, facendosi garante delle prestazioni necessarie per l'incolumità e la vita dell'assistito.

**Articolo 9** > L'infermiere, nell'agire professionale, si impegna ad operare con prudenza anche al fine di non nuocere.

**Articolo 10** > L'infermiere contribuisce a rendere eque le scelte allocative, anche attraverso l'uso ottimale delle risorse disponibili.

**Articolo 11** > L'infermiere fonda il proprio operato su conoscenze validate e aggiorna saperi e competenze attraverso la formazione permanente, la riflessione critica sull'esperienza e la ricerca. Progetta e svolge attività di formazione, promuove ed attiva la ricerca e cura la diffusione dei risultati.

**Articolo 12** > L'infermiere chiede formazione e/o supervisione per pratiche nuove o sulle quali non ha esperienza.

**Articolo 13** > L'infermiere assume responsabilità in base al proprio livello di competenza e ricorre, se necessario, all'intervento o alla consulenza di infermieri esperti o specialisti. Presta consulenza ponendo le proprie conoscenze ed abilità a disposizione della comunità professionale.

**Articolo 14** > L'infermiere riconosce che l'interazione fra professionisti e l'integrazione interprofessionale sono modalità fondamentali per rispondere ai problemi dell'assistito.

**Articolo 15** > L'infermiere riconosce il valore della sperimentazione clinica e assistenziale per l'evoluzione delle conoscenze e per i benefici sull'assistito. L'infermiere si astiene dal partecipare a sperimentazioni nelle quali l'interesse del singolo sia subordinato all'interesse della società.

**Articolo 16** > L'infermiere si attiva per l'analisi dei dilemmi etici vissuti nell'operatività quotidiana e promuove il ricorso alla consulenza etica, anche al fine di contribuire all'approfondimento della riflessione bioetica.

**Articolo 17** > L'infermiere, nell'agire professionale è libero da condizionamenti derivanti da pressioni o interessi di persone assistite, altri operatori, imprese, associazioni, organismi.

**Articolo 18** > L'infermiere, in situazioni di emergenza-urgenza, presta soccorso e si attiva per garantire l'assistenza necessaria; in caso di calamità si mette a disposizione dell'autorità competente.

**Articolo 19** > L'infermiere, attraverso l'informazione e l'educazione, promuove stili di vita sani e la diffusione del valore e della cultura della salute; a tal fine attiva e sostiene la rete di rapporti tra servizi e operatori.

**Articolo 20** > L'infermiere ascolta, informa, coinvolge l'assistito e valuta con lui i bisogni assistenziali, anche al fine di esplicitare il livello di assistenza garantito e facilitarlo nell'esprimere le proprie scelte.

**Articolo 21** > L'infermiere, rispettando le indicazioni espresse dall'assistito, ne favorisce i rapporti con la comunità e le persone per lui significative, che coinvolge nel piano di assistenza, tenendo conto della dimensione interculturale.

**Articolo 22** > L'infermiere conosce il progetto diagnostico-terapeutico per le influenze che questo ha sul piano di assistenza e sulla relazione con l'assistito.

**Articolo 23** > L'infermiere riconosce il valore dell'informazione integrata multiprofessionale e si adopera affinché l'assistito disponga di tutte le informazioni necessarie ai suoi bisogni di vita.

**Articolo 24** > L'infermiere aiuta e sostiene l'assistito nelle scelte, fornendo informazioni di natura assistenziale in relazione ai progetti diagnostico-terapeutici e adeguando la comunicazione alla sua capacità di comprendere.

**Articolo 25** > L'infermiere rispetta la consapevole ed esplicita volontà della persona di non essere informata, purché la mancata informazione non sia di pericolo per sé o per gli altri.

**Articolo 26 >** L'infermiere assicura e tutela la riservatezza nel trattamento dei dati relativi alla persona. Nella raccolta, nella gestione e nel passaggio di dati, si limita a ciò che è attinente all'assistenza.

**Articolo 27 >** L'infermiere garantisce la continuità assistenziale anche contribuendo alla realizzazione di una rete di rapporti interprofessionali e di una efficace gestione degli strumenti informativi.

**Articolo 28 >** L'infermiere rispetta il segreto professionale non solo per obbligo giuridico, ma per intima convinzione e come espressione concreta della reciproca fiducia con l'assistito.

**Articolo 29 >** L'infermiere promuove le migliori condizioni possibili di sicurezza dell'assistito e dei familiari, concorrendo allo sviluppo della cultura dell'imparare dall'errore e partecipando alle iniziative per la gestione del rischio clinico.

**Articolo 30 >** L'infermiere si adopera affinché il ricorso alla contenzione sia evento straordinario, motivato da prescrizione terapeutica o da documentate valutazioni assistenziali.

**Articolo 31 >** L'infermiere concorre alla sperimentazione clinico-assistenziale conoscendone il protocollo, anche per valutare le implicazioni per l'assistenza e per l'assistito.

**Articolo 32 >** L'infermiere si adopera affinché l'opinione del minore rispetto alle scelte terapeutiche e sperimentali sia presa in considerazione, tenuto conto dell'età del minore e del suo grado di maturità.

**Articolo 33 >** L'infermiere si impegna a promuovere la tutela delle persone che si trovano in condizioni che ne limitano lo sviluppo o l'espressione, quando la famiglia e il contesto non siano adeguati ai loro bisogni.

**Articolo 34 >** L'infermiere che rilevi maltrattamenti o privazioni a carico dell'assistito, deve mettere in opera tutti i mezzi per proteggerlo segnalando le circostanze, ove necessario, all'autorità competente.

**Articolo 35 >** L'infermiere si attiva per alleviare la sofferenza, adoperandosi affinché l'assistito riceva tutti i trattamenti necessari.

**Articolo 36 >** L'infermiere assiste la persona, qualunque sia la sua condizione clinica e fino al termine della vita, riconoscendo l'importanza della palliazione e del conforto ambientale, fisico, psicologico, relazionale, spirituale.

**Articolo 37 >** L'infermiere tutela la volontà dell'assistito di porre dei limiti agli interventi che non siano proporzionati alla sua condizione clinica e coerenti con la concezione da lui espressa della qualità di vita.

**Articolo 38 >** L'infermiere, quando l'assistito non è in grado di manifestare la propria volontà, tiene conto di quanto da lui chiaramente espresso in precedenza e documentato.

**Articolo 39 >** L'infermiere sostiene i familiari e le persone di riferimento dell'assistito, in particolare nella evoluzione terminale della malattia e nel momento della perdita e della elaborazione del lutto.

**Articolo 40 >** L'infermiere non partecipa a interventi finalizzati a provocare la morte, anche se la richiesta proviene dall'assistito.

**Articolo 41 >** L'infermiere favorisce l'informazione e l'educazione sulla donazione di sangue, tessuti ed organi e sostiene le persone coinvolte nel donare e nel ricevere.

**Articolo 42 >** L'infermiere collabora con i colleghi e gli altri operatori, di cui riconosce e valorizza lo specifico apporto all'interno dell'équipe.

**Articolo 43 >** L'infermiere tutela la dignità propria e dei colleghi, attraverso comportamenti ispirati al rispetto e alla solidarietà.

**Articolo 44 >** L'infermiere segnala al proprio organismo di rappresentanza professionale ogni abuso o comportamento dei colleghi contrario alla deontologia.

**Articolo 45 >** L'infermiere tutela il decoro proprio e della professione ed esercita l'attività con lealtà

## Roma: presentata la bozza del nuovo Codice Deontologico

9

nei confronti dei colleghi e degli altri operatori.

**Articolo 46 >** L'infermiere si ispira a trasparenza e veridicità nei messaggi pubblicitari e nella divulgazione delle informazioni, nel rispetto delle indicazioni fornite dal proprio organismo di rappresentanza professionale.

**Articolo 47 >** L'infermiere, ai diversi livelli di responsabilità, contribuisce ad orientare le politiche e lo sviluppo del sistema sanitario, al fine di garantire il rispetto dei diritti degli assistiti, l'equo utilizzo delle risorse e la valorizzazione del ruolo professionale.

**Articolo 48 >** L'infermiere, ai diversi livelli di responsabilità, di fronte a carenze o disservizi provvede a darne comunicazione ai responsabili professionali della struttura in cui opera o a cui afferisce il proprio assistito.

**Articolo 49 >** L'infermiere compensa le carenze

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

**Articolo 50 >** L'infermiere, a tutela della salute delle persone, segnala al proprio organismo di rappresentanza professionale le situazioni che possono configurare l'esercizio abusivo della professione infermieristica.

**Articolo 51 >** L'infermiere segnala al proprio organismo di rappresentanza professionale le situazioni in cui sussistono circostanze o persistono condizioni che limitano la qualità delle cure e dell'assistenza o il decoro dell'esercizio professionale.

# AVVISO

**Gentile Collega,**

*con la presente sono a rinnovarti la richiesta di comunicare al Collegio il tuo indirizzo e-mail per permetterci un rapporto molto più tempestivo nelle comunicazioni e per ovviare ai numerosi disservizi, ritardi o mancati recapiti, delle comunicazioni inviate per posta che riguardano il nostro Collegio e la nostra professione. Sarà così possibile fornirti in tempo reale le notizie, i corsi d'aggiornamento programmati e le novità di interesse professionale. **Per fornire il tuo indirizzo devi iscriverti collegandoti al sito [www.ipasvibergamo.it](http://www.ipasvibergamo.it) ed entrare nella mailing list.***

*In attesa della tua adesione per ottimizzare le comunicazioni con gli iscritti colgo l'occasione per porgerti gentili saluti.*

La Presidente, **Mazzoleni Beatrice**



10

## **Decreto Presidente Consiglio dei Ministri - 25 gennaio 2008**

**D**ecreto Presidente Consiglio dei Ministri 25 Gennaio 2008 "Esecuzione dell'Accordo Governo Regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano concernente la disciplina per l'accesso alla qualifica unica di dirigente delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione e della professione di ostetrica"

Il Presidente del Consiglio dei Ministri

- VISTO il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni, recante "Riordino della disciplina sanitaria, a norma dell'articolo 1, della Legge 23 ottobre 1992, n° 421";
- VISTA la Legge 10 agosto 2000, n° 251 recante "Disciplina delle professioni sanitarie, infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione nonché della professione ostetrica";
- VISTO in particolare l'articolo 6, comma 2 della citata Legge n° 251 del 2000 che prevede la definizione della disciplina concorsuale riservata al personale in possesso degli specifici diplomi rilasciati al termine di corsi universitari, per l'accesso ad una nuova qualifica unica di dirigente del ruolo sanitario, alla quale si accede con requisiti analoghi a quelli richiesti per l'accesso alla dirigenza del Servizio Sanitario Nazionale di cui all'articolo 26 del decreto legislativo 3 febbraio 1993, n° 29 e successive modificazioni;
- VISTO l'articolo 6, comma 1, lettera d) della legge 1° febbraio 2006, n° 43, recante "Disposizioni in materia di professioni sanitarie infermieristiche, ostetrica, riabilitative, tecnico sanitarie e delle prevenzione e delega al Governo per l'istituzione dei relativi ordini professionali", che individua i requisiti del personale dirigente appartenente alle suddette professioni;
- VISTA la legge 18 ottobre 2001, n° 3 recante "Modifiche al titolo V della parte seconda della Costituzione"
- VISTO l'accordo, ai sensi dell'articolo 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n° 281, del 15 novembre 2007, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, concernente la disciplina dell'accesso alla qualifica unica di dirigente delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche della riabilitazione, della prevenzione e della professione di ostetrica;
- SULLA PROPOSTA del Ministro della salute;

### **DECRETA:**

#### **Art.1**

- 1. È reso esecutivo l'accordo 15 novembre 2007, citato in premessa, di cui all'allegato1 che costituisce parte integrante del presente decreto concernente la disciplina per l'accesso alla qualifica unica di dirigente delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione e della professione di ostetrica.**

#### **Art.2**

- 1. Il presente decreto entra in vigore a decorrere dal giorno successivo a quello della sua pubblicazione nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana.**

Roma, 25 gennaio 2008

Il Presidente del Consiglio dei Ministri, Romano Prodi  
Il Ministro della Salute, Livia Turco

## Lilliput, 16/20 aprile 2008: IPASVI c'è

A cura di Annamaria Dorigatti

È in questo periodo che si sta svolgendo la consueta manifestazione interamente dedicata al mondo dell'infanzia: Lilliput! Anche nel 2008 il collegio IPASVI ha deciso di partecipare realizzando uno splendido stand infermieristico; questa volta con ulteriori novità. La Commissione Promozione e Tutela dell'Immagine del Collegio IPASVI di Bergamo, ha deciso di proporre l'elaborazione e la presentazione di alcuni progetti studiati appositamente per i bambini. Proseguono infatti, contestualmente, le iniziative per la presentazione della figura dell'infermiere nelle scuole materne e primarie; sono inoltre in via di definizione ed attuazione pianificazioni progettuali di tipo orientativo della professione Infermieristica per gli Istituti Scolastici secondari. L'invito alla partecipazione all'interno dello stand è fruibile a tutti i colleghi. Le dimostrazioni pratiche che il professionista propone durante l'incontro con i bambini, riguardano "La magia dell'infermiere": uno scatolone magico dal quale compare il materiale che abitualmente adopera l'infermiere durante l'attività lavorativa; rivisitando la scala dei bisogni secondo "Maslow" invece, una storyboard racconta la vicenda di un bimbo accidentalmente infortunato. Così, in un momento di brusca rottura con la vita di tutti i giorni, l'ospedalizzazione ne altererà i rapporti con gli

amici ed i famigliari, nonché con la propria identità. È qui che subentra il ruolo dell'infermiere che, con il suo prezioso contributo, crea un "ponte" con la vita di tutti i giorni, assecondando sapientemente i bisogni primari del piccolo protagonista. Molteplici informazioni di genere pertinente alla professione, saranno divulgate a tutti i visitatori che lo richiederanno. La presenza degli infermieri, permette inoltre di instaurare un rapporto di relazione e di formazione educativo-sanitaria con genitori ed insegnanti. Il confronto con piccoli gruppi di bambini è sicuramente un momento di crescita a forti contenuti ludici e socialmente costruttivi. Lo scopo della presenza infermieristica a Lilliput, è evidentemente quello di divulgare la nostra professione tra la cittadinanza e manifestare la volontà di contribuire al sostegno per il benessere e le cure sociali, dando particolare importanza alle attenzioni assistenziali di cui necessitano il bambino e la sua famiglia. Il Collegio IPASVI ringrazia anticipatamente tutti coloro che hanno contribuito alla realizzazione di questa importante iniziativa. Ricorda che, per qualsiasi informazione, è sempre disponibile la segreteria e lo sportello della sede di via Borgo Palazzo. IPASVI augura infine a tutti gli infermieri di proseguire con un buon lavoro e un arrivederci alle prossime attività e manifestazioni.



## Perché dobbiamo difendere i Sitra??

A cura di Adriana Alborghetti

Il percorso evolutivo delle professioni sanitarie in generale, e di quella infermieristica in particolare verso l'acquisizione dello "status" professionale, è iniziato alcuni decenni fa, e più precisamente negli anni '60 con l'attivazione delle prime scuole universitarie per dirigenti dell'assistenza infermieristica.

Un forte processo di accelerazione è stato impresso con la riforma del SSN degli anni '90, fino ad approdare nelle leggi di riforma degli anni 2000 riguardanti le professioni sanitarie.

L'intento del legislatore è stato, fin dall'inizio della riforma, quello di modificare il modello organizzativo sanitario che per secoli è stato esclusivamente di tipo "medico-centrico" verso un modello che mettesse al centro il paziente e richiedesse a tutti gli operatori che concorrono nella realizzazione dei processi clinico/assistenziali una forte responsabilizzazione sul raggiungimento dei risultati in termini di salute con particolare attenzione anche all'aspetto dei costi.

Da qui l'equivoco iniziale che il processo di aziendalizzazione volesse essere solo un tentativo di contenere i costi, che avevano fatto esplodere la spesa sanitaria fino a portarla a livelli incontenibili se proiettati nel futuro con lo stesso trend incrementale degli anni '80-'90.

Aver voluto mettere l'accento sul concetto di contenimento dei costi ha portato a perdere di vista un altro elemento innovativo della riforma, forse il più rivoluzionario che è proprio quello della VALORIZZAZIONE DELLE PROFESSIONI SANITARIE .

È infatti con il decreto legislativo 502 del 1992 che viene sancito il definitivo e completo ingresso della formazione infermieristica in ambito universitario, tappa fondamentale nel processo di professionalizzazione; lo stesso contiene una delega agli organi ministeriali

per l'emanazione dei profili professionali che identificano gli ambiti di competenza in termini di responsabilità e autonomie dei singoli professionisti sanitari.

Nel 1999 viene emanata la Legge n. 42, importantissima perché scardina il sistema mansuonario poco confacente allo status professionale ed anche perché cancellando il carattere di ausiliarità delle professioni sanitarie, le libera sostanzialmente da una "zavorra" che le manteneva in un ruolo sussidiario e di supporto alla professione medica.

Con la Legge 10 Agosto 2000 n. 251 "Disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione nonché della professione ostetrica, si afferma un principio fondamentale, ovvero si dichiara che, **per contribuire alla realizzazione del diritto alla salute, al processo di aziendalizzazione del SSN, all'integrazione dell'organizzazione del lavoro della sanità in Italia con quelle degli altri paesi dell'unione europea è necessario che Lo Stato e le Regioni promuovano la valorizzazione e responsabilizzazione delle funzioni e del ruolo delle professioni infermieristico-ostetriche...** e delle altre professioni delle tre classi di laurea restanti".

Questa legge contiene una delega che doveva essere recepita dallo Stato e da tutte le Regioni e che doveva in sintesi portare all'attivazione della Dirigenza delle Professioni sanitarie e all'individuazione in ogni azienda di un Servizio delle professioni sanitarie che si facesse gestore responsabile della componente assistenziale e delle prestazioni complessivamente erogate ai pazienti.

A quasi otto anni dall'emanazione di questa importante legge lo stato non ha ancora elaborato linee guida per una corretta applicazione della Legge 251 su tutto il territorio nazionale; una commissione ministeriale per le

## Perché dobbiamo difendere i Sitra??

13

scienze infermieristiche ed ostetriche ci stava lavorando solo negli ultimi mesi, ma le note vicende relative alla caduta del governo hanno rallentato notevolmente i lavori.

In questi ultimi anni poche regioni sono riuscite ad applicare la L. 251 in assenza di indicazioni nazionali e chi si è avventurato in questo percorso, ad esempio la Regione Lombardia, spesso ha dovuto superare una serie di ostacoli provenienti in particolar modo da chi teme questa "avanzata" delle professioni che non a caso molti continuano a definire "non-mediche" nel tentativo di definire con una negazione ciò che forse non riconoscono nemmeno come professione.

La Regione Lombardia è stata in questi anni una delle poche regioni che ha tentato di procedere nel percorso di valorizzazione degli infermieri come degli altri professionisti sanitari (oltre agli infermieri vi sono altri 21 profili); la dimostrazione è che ad un anno dalla L. 251 sottoscrive con le OOSS Regionali, il 3 Agosto 2001, il "Piano regionale d'interventi per favorire lo sviluppo professionale, di carriera ed economico delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione nonché della professione ostetrica". Una delle aree di intervento di questo piano prevedeva proprio **l'attivazione della dirigenza infermieristica e conseguentemente dei servizi infermieristici**.

Il primo Piano Socio Sanitario della Regione Lombardia (PSSR 2002-2004) contiene preziose indicazioni riguardanti la valorizzazione del capitale umano e professionale del SSR; indicazioni che si concretizzano con l'emanazione della DGR N VII/14049 8 Agosto 2003 avente come oggetto le linee guida per la elaborazione di nuovi Piani Organizzativi Aziendali.

È con questa delibera, che fornisce specifiche indicazioni per l'attribuzione in ogni azienda

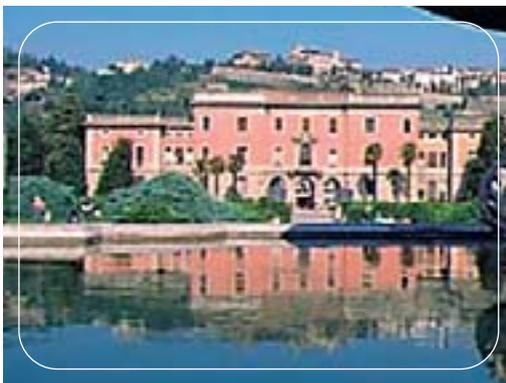
della diretta responsabilità di gestione delle attività assistenziali, tecniche, riabilitative e della prevenzione ad un servizio, il SITRA - il **Servizio Infermieristico Tecnico Riabilitativo Aziendale**, che in Lombardia si scrive il primo capitolo della storia dei nuovi Servizi delle Professioni Sanitarie e della Dirigenza delle Professioni.

In questi ultimi anni, la Regione Lombardia ha monitorato sistematicamente l'applicazione di tali indicazioni e ha più volte sollecitato le Aziende "resistenti" ad adeguarsi ai contenuti di tali linee guida.

Parlare di SITRA oggi, nella maggior parte dei casi significa parlare di una struttura che si fa carico attraverso la sua articolazione di linee e di staff della gestione di tutto il processo assistenziale e di supporto oltre che delle esigenze alberghiere dei pazienti.

Parlare di SITRA oggi, significa parlare di un'organizzazione capillare che ha dimostrato soprattutto attraverso un forte investimento in termini sia formativi che organizzativi nel livello di coordinamento e che oggi è in grado di presidiare con competenza ed autonomia importanti funzioni aziendali quali:

- partecipazione al processo di budget per quanto attiene alla definizione e alla attribuzione delle risorse infermieristiche ed assistenziali in relazione agli obiettivi fissati;



- progettazione e sviluppo di modelli organizzativi assistenziali innovativi coerenti con l'organizzazione aziendale;
- individuazione dei fabbisogni di risorse infermieristiche, tecniche ed assistenziali;
- definizione dei criteri per la gestione del personale relativamente a: selezione, accoglimento, inserimento, valutazione, sviluppo e mobilità del personale;
- analisi del fabbisogno formativo, definizione di piani formativi in coerenza con gli obiettivi aziendali;
- partecipazione allo sviluppo e verifica del sistema informativo aziendale con particolare riguardo ai flussi e agli strumenti informativi relativi alle attività infermieristiche, tecniche e riabilitative;
- definizione dei sistemi di verifica e di indicatori delle prestazioni infermieristiche, tecniche e riabilitative e delle attività alberghiere;
- partecipazione all'elaborazione e all'implementazione dei progetti relativi alla qualità e alla ricerca sull'assistenza infermieristica, tecnica e assistenziale;
- partecipazione alla definizione degli indirizzi concernenti l'applicazione del contratto di lavoro, l'identificazione di sistemi premianti e di un sistema di valutazione delle prestazioni professionali.

Parlare di SITRA oggi significa avere per il professionista infermiere, ostetrica, fisioterapia,



pista, tecnico sanitario ecc., un preciso riferimento non solo di tipo organizzativo, ma soprattutto professionale etico e formativo.

Nonostante ormai il SITRA sia una struttura pienamente integrata nell'organizzazione delle aziende sanitarie, l'estate scorsa la stampa nazionale e locale lombarda ha riportato veri e propri attacchi ai SITRA definendoli generatori di caos e di rischi legati alle troppe autonomie professionali rivendicate all'interno degli stessi.

I motivi di tali attacchi sono molti, potremmo ipotizzare che forse questo sviluppo sta evidenziando lacune gestionali di altri gruppi professionali o di settori dell'azienda sanitaria, forse qualcuno invece vede nei SITRA una potenziale frammentazione dello storico potere organizzativo, forse il livello organizzativo raggiunto dai SITRA da fastidio per eventuali confronti; ricordiamo che i nostri caposala già negli anni '70 e '80 studiavano nel corso di abilitazione a funzioni direttive il "management", materia che molti professionisti medici hanno iniziato ad approcciare solo in questi ultimi anni.

Potremmo andare avanti ancora molto nella lista dei dubbi che stanno a monte delle motivazioni che hanno portato alle succitate polemiche.

Vi ricordate uno slogan proposto qualche anno fa dalla Federazione Nazionale IPASVI che diceva: "chi ha paura dell'infermiere laureato?"; oggi potremmo coniarne uno nuovo: "chi ha paura del SITRA e perché?".

Corre l'obbligo di ricordare che in questi ultimi mesi in Regione Lombardia vi sono state le nomine dei nuovi direttori generali e la parola d'ordine è stata "lavorare tutti insieme per fare sistema". Il Presidente Formigoni afferma che "occorre un ulteriore lavoro di riflessione e di rilancio orientato verso la qualità del personale e la sua soddisfazione".

## Perché dobbiamo difendere i Sitra??

15

Il Piano sanitario regionale promuove inoltre il governo clinico attraverso l'utilizzo di un nuovo modello di gestione basato su 3 cardini.

1. Il coinvolgimento e la partecipazione di tutti professionisti della salute;
2. la responsabilità diffusa a tutti i livelli;
3. la trasparenza.

Nel concetto di governo clinico è insita la filosofia del coinvolgimento di tutte le professioni e nella loro partecipazione diretta ai processi decisionali al fine di consentire e promuovere una maggiore condivisione e consapevolezza delle strategie aziendali.

**In questo nuovo assetto noi pensiamo che ben si colloca il SITRA quale struttura organizzativa altamente integrata con tutti i livelli aziendali a partire dal vertice strategico fino alla più piccola unità operativa.**

Il SITRA, quale struttura titolare di indirizzo, direzione, organizzazione e coordinamento del personale infermieristico, ostetrico, tecnico-sanitario, riabilitativo, di prevenzione e degli operatori di supporto che operano nelle aziende sanitarie, **si propone di assicurare un'assistenza personalizzata e di qualità a tutti gli utenti/clienti garantendo l'impiego ottimale delle risorse disponibili, nel rispetto delle norme etiche e deontologiche.**

In questa logica la struttura organizzativa e funzionale del SITRA si declina come strumento di gestione dell'assistenza, trasversale alle unità operative e, similmente al tessuto connettivo, "svolge molteplici funzioni ed è tanto più abbondante e vario nella sua composizione e nella sua consistenza quanto più grande ed evoluto è l'organismo".

Utilizzando questa similitudine viene da chiedersi perché qualcuno vorrebbe distruggere questo tessuto connettivo, forse per rendere l'organismo più debole "flaccido" e delicato, ma se così fosse noi, se non altro per tutelare i nostri pazienti, dobbiamo impedire che que-

sto accada e lavorare con competenza ogni giorno al fine di dimostrare anche a chi vede in noi un pericolo che tale rischio potrebbe comparire non con noi, ma senza di noi.

Il SITRA deve essere difeso non solo dai dirigenti e dai coordinatori ma da tutti gli infermieri che ne fanno parte integrante; essi sono le cellule di quel tessuto connettivo tanto prezioso per la sopravvivenza del sistema sanitario.

È per questo che chiediamo a tutti gli infermieri di non incrementare le ostilità con conflittualità inutili, anzi di rendersi disponibili a tutte le integrazioni che si rendano necessarie per far funzionare meglio le nostre aziende, di dimostrare competenza e professionalità uniche "armi" per combattere i pregiudizi, salvaguardando nel contempo la qualità delle nostre prestazioni. È necessario chiedere però agli infermieri di essere fermi e decisi nel rivendicare il diritto ad essere gestiti, orientati, valutati e formati solo da colleghi appartenenti alla stessa area professionale; viceversa il faticoso percorso di professionalizzazione ormai concluso potrebbe subire una pericolosa retrocessione con conseguenze negative soprattutto per i nostri pazienti.

**Dott.ssa Adriana Alborghetti**  
Dirigente SITRA  
AO Bolognini di Seriate (Bg)



16

# Conto consuntivo 2007 Collegio Ipasvi di Bergamo

## CONTO CONSUNTIVO 2007 Collegio IPASVI di Bergamo Approvato dal Consiglio Direttivo il 3 marzo 2008

### RENDICONTO FINANZIARIO-ENTRATE

	PREVISIONI	RISCOSSE	DA RISCUOTERE	TOTALE €
Nuove iscrizioni	10.400,00	7.488,00		7.488,00
Quote immatricolazione	5.200,00	3.744,00		3.744,00
Rinnovo iscrizione quota esattoriale	307.944,00	301.374,16	6.569,84	307.944,00
Rinnovo iscrizione C/C postale o cassa	4.784,00	4.680,00	104,00	4.784,00
Quote esami	540,00	312,00		312,00
<b>ENTRATE CONTR. A CARICO DEGLI ISCRITTI</b>	<b>328.868,00</b>	<b>317.598,16</b>	<b>6.673,84</b>	<b>324.272,00</b>
Distintivi cont. auto e tariffari	10,00	7,50		7,50
ALBI Entrate Diverse	1.200,00	563,77		563,77
Interessi Attivi	2.000,00	4.383,31	684,19	5.067,50
iscrizione convegni	52.000,00	14.690,01		14.690,01
<b>ENTRATE EFFETTIVE STRAORDINARIE</b>	<b>55.210,00</b>	<b>19.644,59</b>	<b>684,19</b>	<b>20.328,78</b>
<b>ENTRATE</b>	<b>384.078,00</b>	<b>337.242,75</b>	<b>7.358,03</b>	<b>344.600,78</b>
Ritenute dipendente	20.000,00	19.858,24		19.858,24
Ritenuta d'acconto	10.000,00	10.029,92		10.029,92
Ritenuta su prestazione occasionale	8.500,00	8.384,68		8.384,68
<b>ENTRATE PER PARTITE DI GIRO</b>	<b>38.500,00</b>	<b>38.272,84</b>		<b>38.272,84</b>
<b>TOTALE ENTRATE €</b>	<b>422.578,00</b>	<b>375.515,59</b>	<b>7.358,03</b>	<b>382.873,62</b>
Utilizzo dell'avanzo di amministrazione iniziale	90.849,17			24.732,61
<b>TOTALE GENERALE €</b>	<b>513.427,17</b>			<b>407.606,23</b>

### RENDICONTO FINANZIARIO-USCITE

	PREVISIONI	RISCOSSE	DA RISCUOTERE	TOTALE €
Affitto e spese condominiali	24.500,00	15.733,58	209,57	15.943,15
Spese di pulizia	6.000,00	4.998,79	408,00	5.406,79
Telefono e Fax	8.000,00	7.697,54	302,46	8.000,00
Enel	1.500,00	1.038,86	211,43	1.250,29
Assicurazione Sede	1.000,00	556,22		556,22
<b>FUNZIONAMENTO SEDE</b>	<b>41.000,00</b>	<b>30.024,99</b>	<b>1.131,46</b>	<b>31.156,45</b>
Cancelleria	12.740,00	11.491,78	527,92	12.019,70
Spese Postali	11.500,00	11.167,64		11.167,64
Rimborso quota iscritti	1.200,00	381,56		381,56
Mobili arredi	4.500,00	2.697,29		2.697,29
Aggio e quote esattoriali	20.000,00	18.402,45		18.402,45
Oneri Bancari	800,00	450,67		450,67
Consulenze	18.000,00	17.187,34	812,66	18.000,00
Fotocopiatrice e Fotocopie	5.000,00	3.445,28		3.445,28
<b>FUNZIONAMENTO SEGRETERIA E TESORERIA</b>	<b>73.740,00</b>	<b>65.224,01</b>	<b>1.340,58</b>	<b>66.564,59</b>

# Conto consuntivo 2007

## Collegio Ipasmi di Bergamo

17

Contributi quota Federazione	60.000,00	57.780,69		57.780,69
Consigli Nazionali	4.000,00	3.742,15		3.742,15
Contributi quota Regionale	1.600,00			
FEDERAZ. NAZIONALE COORDINAM. REGIONALE	<b>65.600,00</b>	<b>61.522,84</b>		<b>61.522,84</b>
Spese Rappresentanza	4.000,00	3.714,54	257,30	3.971,84
Assicurazione C.D. e C.R.C.	1.500,00	1.275,65		1.275,65
Indennità carica Presidente	5.800,00	5.799,67	0,33	5.800,00
Indennità carica Vicepresidente	4.300,00	4.225,51	74,49	4.300,00
Indennità carica Segretario	4.300,00	4.210,55	89,45	4.300,00
Indennità carica Tesoriere	4.300,00	4.225,07	74,93	4.300,00
Gettoni C.D. e C.R.C.	13.500,00	12.274,70	1.225,30	13.500,00
Viaggi e trasferte	6.000,00	5.918,13		5.918,13
ORGANI COLLEGIALI	<b>43.700,00</b>	<b>41.643,82</b>	<b>1.721,80</b>	<b>43.365,62</b>
Aggiornamento Consiglieri e Revisori	3.000,00	1.918,53		1.918,53
Acquisto libri e abbonamento riviste	2.950,00	2.950,00		2.950,00
Attività formativa	43.000,00	33.644,83		33.644,83
Promozione Immagine	7.000,00	4.977,09	1.479,26	6.456,35
Gettone di presenza gruppi di lavoro	7.540,00	5.584,09	1.955,91	7.540,00
Commissione certificazione Qualità ISO	1.500,00	1.080,00		1.080,00
Gestione sito Collegio	1.500,00	1.500,00		1.500,00
Rivista	11.047,14	6.300,62	4.746,52	11.047,14
Rimborso iscrizioni convegni	7.000,00			
ATTIVITÀ CULTURALI	<b>84.537,14</b>	<b>57.955,16</b>	<b>8.181,69</b>	<b>66.136,85</b>
Retribuzioni	79.999,28	79.521,41		79.521,41
Lavori occasionali	2.000,00	2.000,00		2.000,00
Accantonamento fine rapporto	17.133,43			
Indennità trattamento fine rapporto	10.217,32	10.217,32		10.217,32
Corsi aggiornamento	1.500,00	610,75	737,75	1.348,50
SPESE PERSONALE DIPENDENTE	<b>110.850,03</b>	<b>92.349,48</b>	<b>737,75</b>	<b>93.087,23</b>
Spese impreviste	7.500,00	7.499,81		7.499,81
Spese future 48.000,00				
SPESE IMPREVISTE	55.500,00	7.499,81		7.499,81
<b>USCITE</b>	<b>474.927,17</b>	<b>356.220,11</b>	<b>13.113,28</b>	<b>369.333,39</b>
USCITE IN CONTO CAPITALE				
Ritenute dipendente	20.000,00	14.930,78	4.927,46	19.858,24
Ritenute d'acconto	10.000,00	9.961,45	68,47	10.029,92
Ritenuta su prestazione occasionale	8.500,00	5.229,70	3.154,98	8.384,68
USCITE PER PARTITE DI GIRO	38.500,00	30.121,93	8.150,91	38.272,84
	<b>38.500,00</b>	<b>30.121,93</b>	<b>8.150,91</b>	<b>38.272,84</b>
<b>TOTALE USCITE €</b>	<b>513.427,17</b>	<b>386.342,04</b>	<b>21.264,19</b>	<b>407.606,23</b>
<b>TOTALE GENERALE €</b>	<b>513.427,17</b>			<b>407.606,23</b>

Il Segretario, **Belometti Dolores**  
 Il Presidente, **Mazzoleni Beatrice**  
 Il Tesoriere, **Zanella Flavia**

# 18 Preventivo Finanziario Gestionale Entrate 2008

## Collegio IPASVI BG PREVENTIVO FINANZIARIO GESTIONALE - ENTRATE 2008

	Previsioni di competenza	Previsioni di cassa
Avanzo iniziale di amministrazione presunto	68.975,06	
Fondo Cassa iniziale presunto		75.671,35
Quote nuovi iscritti	7.280,00	7.280,00
Tasse iscrizione	3.640,00	3.640,00
Quote iscrizioni	319.332,00	333.215,71
Quote esami lingua italiana	1.020,00	1.020,00
ENTRATE CONTRIBUTIVE A CARICO DEGLI ISCRITTI	<b>331.272,00</b>	<b>345.155,71</b>
Corsi di aggiornamento	2.500,00	2.500,00
ENTRATE PER INIZIATIVE CULTURALI ED AGG.	<b>2.500,00</b>	<b>2.500,00</b>
Distintivi auto	100,00	100,00
Q. PART ISCR. ONERE PART GESTIONE	<b>100,00</b>	<b>100,00</b>
Vendita Pubblicazioni	100,00	100,00
VENDITA BENI PRESTAZIONI SERVIZI	<b>100,00</b>	<b>100,00</b>
Interessi attivi su depositi e c/c	4.500,00	5.184,19
REDDITI E PROVENTI PATRIMONIALI	<b>4.500,00</b>	<b>5.184,19</b>
<b>ENTRATE CORRENTI</b>	<b>338.472,00</b>	<b>353.039,90</b>
Ritenute erariali	30.000,00	30.000,00
Ritenuta previdenziali	30.000,00	30.000,00
Altre partite di giro	10.000,00	10.000,00
ENTRATE PER PARTITE DI GIRO	<b>70.000,00</b>	<b>70.000,00</b>
Riepilogo Complessivo dei Titoli		
ENTRATE CORRENTI	338.472,00	353.039,90
ENTRATE PER PARTITE DI GIRO	<b>70.000,00</b>	<b>70.000,00</b>
<b>TOTALE ENTRATE</b>	<b>408.472,00</b>	<b>423.039,90</b>
Utilizzo dell'avanzo di amministrazione iniziale	68.975,06	75.671,35
<b>TOTALE GENERALE</b>	<b>477.447,06</b>	<b>498.711,25</b>

## PREVENTIVO FINANZIARIO GESTIONALE - USCITE 2008

Affitto luce e riscaldamento	20.000,00	20.338,50
Spese di pulizia	5.200,00	5.608,00
Spese postali e telefoniche	19.000,00	19.384,96
Cancelleria e stampati	5.000,00	5.527,92
Assicurazione Sede	1.000,00	1.000,00
Spese bancarie e di c/c postale	500,00	500,00
Noleggio fotocopiatrice	4.500,00	4.500,00
FUNZIONAMENTO SEDE	<b>55.200,00</b>	<b>56.859,38</b>
Altre consulenze	3.000,00	3.000,00
Acquisto libri e riviste e pubblicazioni	3.500,00	3.500,00
Spese di Rappresentanza	4.000,00	4.257,30
Compensi per la riscossione	19.000,00	19.000,00
Consulenze Informatiche	6.000,00	6.342,00
Consulenze legali 12.000,00 12.000,00		
Consulenze amministrative	6.000,00	6.000,00
ACQUISTO DI BENI DI CONSUMO E DI SERVIZI	<b>53.500,00</b>	<b>54.099,30</b>
Rimborsi Spese	3.000,00	3.000,00
Assicurazione C.D. e C.R.C.	1.500,00	1.500,00

# Preventivo Finanziario Gestionale 19

## Enrate 200

Indennità cariche	16.500,00	16.500,00
Aggiornamento consiglieri e revisori	3.000,00	3.000,00
Consigli nazionali	4.500,00	4.500,00
Gettoni C.D. e C.R.C.	13.000,00	13.000,00
oneri riflessi	5.000,00	5.000,00
Elezioni rinnovo CD - CRC	6.000,00	6.000,00
USCITE PER GLI ORGANI DELL'ENTE	<b>52.500,00</b>	<b>52.500,00</b>
Spese di rappresentanza	3.554,12	3.554,12
Oneri riflessi	1.000,00	1.000,00
Aggiornamenti professionali	18.500,00	18.500,00
Quota coordinamento regionale	1.000,00	1.000,00
Promozione Immagine	7.800,00	8.800,00
Commissione gruppi di lavoro	13.000,00	13.000,00
Quote spettanti Federazione Nazionale	58.000,00	58.000,00
Sito Collegio	1.500,00	2.000,00
Rivistae spedizione iscritti	21.000,00	25.156,20
USCITE PER PRESTAZIONI ISTITUZIONALI	<b>125.354,12</b>	<b>131.010,32</b>
Retribuzioni	64.600,00	64.600,00
Fondo incentivazione	7.000,00	7.000,00
Oneri riflessi	14.000,00	18.690,00
Indennità fine rapporto	400,00	400,00
corsi di formazione	1.000,00	1.395,75
Assicurazioni personale dipendenti	1.069,36	1.069,36
ONERI PERSONALE IN SERVIZIO	<b>88.069,36</b>	<b>93.155,11</b>
Spese e commissioni bancari	500,00	500,00
ONERI FINANZIARI	<b>500,00</b>	<b>500,00</b>
Imposte e tasse	15.000,00	17.683,17
ONERI TRIBUTARI	<b>15.000,00</b>	<b>17.683,17</b>
Rimborsi vari	1.000,00	1.000,00
POSTE CORRETTIVE E COMP ENTRATE CORRENTI	<b>1.000,00</b>	<b>1.000,00</b>
Spese impreviste	8.000,00	8.000,00
USCITE NON CLASSI IN ALTRE VOCI	<b>8.000,00</b>	<b>8.000,00</b>
Accantonamento al tfr dipendenti	4.323,58	4.323,58
ACCANTONAMENTO AL TFR	<b>4.323,58</b>	<b>4.323,58</b>
<b>USCITE CORRENTI</b>	<b>403.447,06</b>	<b>419.130,86</b>
Acquisto mobili e impianti	4.000,00	4.000,00
<b>USCITE IN CONTO CAPITALE</b>	<b>4.000,00</b>	<b>4.000,00</b>
<b>ACQUISIZIONE IMMOBILIZZAZIONI TECNICHE</b>	<b>4.000,00</b>	<b>4.000,00</b>
Ritenute erariali	30.000,00	35.580,39
Ritenute previdenziali	30.000,00	30.000,00
Altre partite di giro	10.000,00	10.000,00
<b>USCITE PER PARTITE DI GIRO</b>	<b>70.000,00</b>	<b>75.580,3</b>
<b>Riepilogo Complessivo dei Titoli</b>		
USCITE CORRENTI	403.447,06	419.130,86
ACQUISIZIONE IMMOBILIZZAZIONI TECNICHE	4.000,00	4.000,00
USCITE PER PARTITE DI GIRO	70.000,00	75.580,39
<b>Totale</b>	<b>477.447,06</b>	<b>498.711,25</b>
<b>TOTALE USCITE</b>	<b>477.447,06</b>	<b>498.711,25</b>
<b>TOTALE GENERALE</b>	<b>477.447,06</b>	<b>498.711,25</b>

20

## Viaggio nella realtà infermieristica bergamasca

Quarta tappa: *Lovere* - A cura di Raffaella Felappi

Il nostro lungo viaggio alla scoperta delle varie realtà infermieristiche ci conduce questa volta fino a **Lovere**: tranquilla cittadina dell'Alto Sebino circondata dall'incantevole cornice del lago d'Iseo. Qui le santissime Gerosa e Capitano fondarono nel lontano 1906 un compatto ma efficiente Nosocomio che, oltre a potersi vantare dell'operato di validissimi professionisti, è rinomato anche per il meraviglioso panorama apprezzabile dalle stanze di degenza.

Al suo interno operano 80 infermieri suddivisi nei reparti di Chirurgia, Medicina, Ortopedia, Riabilitazione G.G., Urologia e nei servizi di Sala operatoria, Pronto soccorso, Ambulatori, Centro diurno Uompia.

Attualmente il fabbisogno infermieristico viene gestito a livello centrale dal SITRA e localmente dall'ufficio infermieristico che cerca di utilizzare al meglio le risorse umane a disposizione interscambiandole, a seconda delle esigenze, nelle diverse unità operative.

Abbiamo posto gli stessi quesiti, già presentati nei precedenti articoli, alla responsabile dell'Ufficio Infermieristico **Maria Pia Bettoni**, alla Caposala degli ambulatori (ex didattica della scuola per infermieri di Lovere) **Mariangela Quarelli** e all'Infermiera **Giuseppina Verzelletti**, operante nel reparto di Medicina Generale.

**Quando pensa alla categoria infermieristica, a quale aggettivo o sostantivo Le viene più naturale associarla?**

**Bettoni:** autonomia, in quanto diretto responsabile dell'assistenza, intesa nel suo insieme, nella consapevolezza che l'infermiere non è colui che affianca il medico ma il professionista che gestisce l'assistenza.

**Quadrelli:** istintivamente le parole che mi vengono in mente sono evoluzione e camaleonte, perché la categoria infermieristica è in crescita continua e deve inoltre adattarsi ai cambiamenti che la circondano.



**Verzelletti:** ritengo che gli infermieri siano dei Professionisti in ambito sanitario.

**Dovendo dare una valutazione da uno a dieci dell'importanza dell'attività Infermieristica, che voto attribuisce? A suo giudizio la valutazione varia dovendo rapportare il tutto all'attività medica?**

**Bettoni:** dieci, indipendentemente dal coinvolgimento di altre professioni, in quanto l'attività specifica di un professionista all'interno di un processo assistenziale è sempre di massima importanza; ciascuno interviene per competenze specifiche.

**Quarelli:** a mio giudizio merita un nove perché ritengo che, all'interno del processo di cura, l'attività infermieristica sia molto importante sia sotto il punto di vista qualitativo che quantitativo. La mia valutazione non varia in rapporto all'operato medico, perché le considero attività tra loro distinte, complementari e non antagoniste che hanno il medesimo obiettivo: il bene del paziente.

**Verzelletti:** il voto che attribuisco all'importanza dell'attività infermieristica è dieci, anche se rapportandolo all'attività medica diventa sette.

**Il comportamento e il modo di lavorare degli infermieri è molto cambiato negli anni, specie se paragoniamo gli anni '70/'80 e gli anni recenti. Quali sono stati, a suo giudizio, i miglioramenti e cambiamenti più importanti?**

**Bettoni:** miglioramenti e cambiamenti importanti nel modo di lavorare degli infermieri rispetto agli Anni '70/'80, sono stati molteplici: la disponibilità di presidi sempre più di precisione, l'informatizzazione, il decentramento verso i servizi territoriali e la domiciliarizzazione delle cure, il processo di aziendalizzazione, il coinvolgimento nel sistema di formazione continua, l'inserimento delle figure di sup-

porto, la formazione infermieristica in ambito universitario, l'istituzione della dirigenza infermieristica e altre ancora; alcune più di altre hanno contribuito a determinare cambiamenti sostanziali nell'esercizio professionale. In che misura questo sia stato possibile varia da realtà a realtà e da professionista a professionista.

**Quarelli:** i cambiamenti sono stati molteplici ed hanno coinvolto vari aspetti: legislativo, tecnologico, scientifico ecc... e sicuramente hanno portato ad un miglioramento nella qualità dell'assistenza infermieristica nella sua globalità. Di fondamentale importanza è stata la metamorfosi del modo di operare che dalla vecchia concezione per compiti è passata ad una gestione per obiettivi mettendo al centro dell'organizzazione LA PERSONA, cercando così di umanizzare e personalizzare in modo competente e responsabile il proprio agire.

**Verzelletti:** a mio parere i cambiamenti fondamentali avvenuti in questi anni sono diversi:

- la laurea infermieristica;
- l'abolizione del Mansionario;
- il riconoscimento del Profilo Professionale.

**Il passaggio epocale dal Mansionario al Profilo Professionale ha sancito l'autonomia della nostra Professione. A suo modo di vedere tutti gli infermieri hanno preso coscienza di questo storico cambiamento?**

**Bettoni:** oggi la professione è una realtà incontestabile sia sul piano dell'iter formativo, dello status giuridico e dell'autonomia professionale. È nostro dovere impegnarci ancora sul piano dell'effettiva realizzazione all'interno delle strutture sanitarie in cui operiamo, questo è l'aspetto fondamentale per ottenere il pieno riconoscimento del ruolo, della funzione e della professionalità dell'infermiere. Con mio grande rammarico devo ammettere che



non sempre riscontro, da parte degli infermieri, la piena consapevolezza delle proprie potenzialità.

**Quarelli:** teoricamente sì, anche se ritengo che esistano ancora molti ostacoli sia di tipo psicologico che pratico che rallentano l'effettiva applicazione di questo riconoscimento legislativo.

**Verzelletti:** purtroppo non tutti gli infermieri hanno preso coscienza di questo cambiamento, poiché considerano ancora la professione infermieristica dipendente da quella medica limitandone perciò l'autonomia decisionale.

**A suo modo di vedere nell'organizzazione delle varie Unità Operative esiste ancora una sorta di scala gerarchica in cui l'Infermiere è sottoposto al Medico? O, in quanto collaboratore del processo assistenziale, deve essere visto sullo stesso livello?**

**Bettoni:** ritengo che l'infermiere sia allo stesso livello del medico a patto che sappia assumersi a pieno il proprio ruolo; in quanto rappresenta un professionista portatore di competenza, che può espandersi fino a livelli più avanzati, ricchi anche di contenuto gestionale per il governo dei processi di cui è responsabile.

**Quarelli:** sicuramente l'infermiere dovrebbe essere considerato allo stesso livello del medico in quanto Professionista che in Autonomia si occupa di ciò che gli compete. Purtroppo all'interno della maggior parte delle unità operative resiste ancora il predominio della classe medica dovuto alla scarsa conoscenza da parte loro delle nostre effettive funzioni e di conseguenza la paura di un'ipotetica perdita di potere. Questi comportamenti a volte purtroppo vengono anche erroneamente avvalorati da alcuni colleghi infermieri che per la poca consapevolezza del proprio ruolo, li assecondano in nome del quieto vivere.

**Verzelletti:** nell'organizzazione delle varie unità operative esiste una scala gerarchica dove l'infermiere è sottoposto al medico; nonostante ciò la nostra categoria è presa in considerazione maggiormente rispetto agli anni scorsi.

**Per quella che è la sua esperienza, attualmente l'infermiere è colui che segue o esegue la terapia prescritta?**

**Bettoni:** a mio giudizio sono valide entrambi perché in riferimento al profilo professionale l'infermiere garantisce la corretta applicazione delle prescrizioni diagnostico-terapeutiche il che presuppone la conoscenza e la competenza professionale.

**Quarelli:** l'infermiere è colui che garantisce la corretta applicazione delle prescrizioni terapeutiche fatte dal medico. Tale attività non viene eseguita da un automa ma da un professionista con competenza e professionalità.

**Verzelletti:** per quanto mi riguarda l'infermiere è colui che segue la terapia prescritta in quanto può interagire con il medico.

**Spesso e volentieri l'infermiere viene utilizzato per compiti che non rientrano nello specifico Profilo Professionale: frequente-**

**mente l'infermiere è chiamato a compiere attività meramente burocratiche (compilazione richieste, gestione cartelle cliniche, ecc...); a suo giudizio, ci potrebbe essere una maggiore collaborazione con la classe medica per suddividere tali compiti?**

**Bettoni:** nelle realtà di molte unità operative gli infermieri svolgono parecchia attività burocratica non sempre di competenza prettamente infermieristica. Sicuramente il rapporto con i medici è ancora critico, ha radici molto lontane e i cambiamenti non sono facili da attuare. Credo che aldilà dell'evitare di assumere funzioni non di competenza, che spesso è soggettivo, dovremmo imparare ad utilizzare al meglio le risorse umane e tecniche. Si potranno evitare così ripetizioni di attività amministrative, centralizzando alcune funzioni a uffici di competenza e mettendo a disposizione le banche dati disponibili a più livelli.

**Quarelli:** sicuramente l'attività burocratica è in notevole aumento e, anche se la tecnologia ci è d'aiuto (etichette prestampate, cartelle informatizzate etc..), resta sempre un'attività che piace a pochi. Ritengo che sicuramente tra professionisti sia fattibile un'equa suddivisione di tale incombenza; purtroppo c'è la tendenza da parte della classe medica di delegare all'infermiere questi compiti e purtroppo la terribile abitudine di quest'ultimo di assecondare/agevolare il medico ritenendolo quasi un dovere.

**Verzelletti:** a mio parere spesso l'infermiere viene considerato lo "schiavetto" del medico al quale fa compilare la maggior parte della modulistica. È opportuno ricordare che gli infermieri sono subissati da documentazione da compilare, che nella maggior parte dei casi non è di sua pertinenza.

**Ritiene opportuno che vengano aumentati i momenti formativi di confronto tra Medici e**



**Infermieri o, più in specifico, come fare per conciliare gli ormai famosi ECM con i problemi legati ai turni degli infermieri?**

**Bettoni:** ogni infermiere dovrebbe essere impegnato nella propria formazione continua non solo per un obbligo formativo, ma anche deontologico, così da poter offrire una competenza professionale aggiornata all'interno di una identità molto forte definita dal profilo professionale unico. Oggi il sistema professionale è un'organizzazione dove convivono infermieri con percorsi formativi, esperienze lavorative e tradizioni culturali molto diversificate che tracciano una differenza generazionale. I modelli formativi richiedono per questo prima uno sviluppo di integrazione tra gli stessi infermieri per uniformare l'attività operativa.

**Quarelli:** il confronto tra professionisti che cooperano tra loro è sempre produttivo ed arricchente e sicuramente potrebbe essere utile per rendere consapevoli tutte le figure sanitarie dei riscontri pratici che i cambiamenti legislativi comportano. La nostra azienda ospedaliera ha favorito molteplici incontri di aggiornamento incentivando la formazione sul campo che, a mio parere, è la soluzione maggiormente stimolante, utile e proficua. Pur ritenendo importante il ruolo dell'aggior-

namento professionale, penso che il numero dei crediti annui stabiliti sia un po' troppo elevato alla luce degli onerosi impegni professionali (turni maggiorati anche per carenze infermieristiche) e personali (gestione del ménage familiare...). Per questi ed altri motivi si corre il rischio di una partecipazione poco motivata e ripetitiva ai corsi, solo per raggiungere la quantità di crediti necessaria, a discapito della qualità: meglio pochi ma mirati.

**Verzelletti:** Da qualche anno l'azienda ospedaliera a cui appartengo riesce ad organizzare corsi di aggiornamento direttamente all'interno del nostro ospedale facilitando l'acquisizione dei crediti, ciò non toglie però il disagio di dover sacrificare i propri riposi per potervi partecipare.

**La crisi "vocazionale" dei giovani rispetto alla Professione Infermieristica è un dato di fatto, anche se gli ultimi rapporti fanno ben sperare. Cosa si può fare per "invogliare" un giovane affinché decida di scegliere la nostra Professione?**

**Bettoni:** tra i motivi che frenano molti giovani a intraprendere la nostra professione, c'è sicuramente un'insufficiente informazione sulla figura dell'infermiere e sul ruolo che svolge nel "sistema salute" a livello nazionale. Inoltre, la



carezza infermieristica mette gli operatori in condizioni di lavoro difficili: essere in pochi significa vivere il peso e la fatica di tante decisioni, soprattutto quando devono essere assunte in breve tempo per il carico eccessivo di pazienti da assistere, aumentando così il rischio di errore. Tutto ciò rende poco appetibile questa professione; inoltre, a volte sono gli stessi operatori che scoraggiano i giovani ad intraprendere una professione che ipotoca le giornate libere e le festività a fronte di un riconoscimento economico inadeguato rispetto all'impegno formativo prima e lavorativo poi.

**Quarelli:** mi consenta: LA VEDO DURA! Purtroppo culturalmente la nostra professione non è sicuramente appetibile. Basta entrare nella maggior parte delle unità operative di base per notare che l'infermiere viene vissuto come una "cameriera" pagata per fare tutto quello che l'utente desidera. Se a questo poi si aggiungono: un iter formativo impegnativo, turni disagiati, elevata responsabilità, rischio professionale e il riscontro economico poco elevato... non vedo una grande via d'uscita! Forse il primo passo potrebbe essere proprio quello di cambiare il modo di operare all'interno delle unità operative per poter far trasparire all'utenza l'autonomia e la professionalità dell'ESSERE INFERMIERI OGGI.

**Verzelletti:** consigliare ad un giovane di intraprendere la professione infermieristica oggi è difficile poiché di fronte ad un lungo percorso di studio il corrispettivo economico non è adeguato. A suo sfavore giocano anche turni estenuanti e la sofferenza che quotidianamente incontriamo in corsia che ha un impatto emotivo-psicologico rilevante.

**La presenza sempre più numerosa di figure di supporto (asa, oss, ecc...) come deve essere vissuta, secondo lei, dalla categoria degli infermieri?**

**Bettoni:** l'inserimento degli operatori di supporto è stata e continua a rappresentare una nuova sfida per gli infermieri in quanto li ha messi nella condizione di rivisitare il concetto di assistenza infermieristica inserendo contenuti di ruolo nuovi. Questo è un percorso che richiede voglia di imparare cose nuove, de-strutturare convinzioni o modelli superati, capacità di presidiare i processi assistenziali e le risorse impegnate per l'assistenza; opportunità che, a mio parere, gli infermieri devono essere pronti a gestire.

**Quarelli:** rappresenta sicuramente un'occasione positiva per potersi dedicare allo specifico infermieristico con l'obiettivo di migliorare la qualità dell'assistenza. Non sempre questo cambiamento viene però vissuto positivamente perché richiede l'assunzione di nuove responsabilità e una piena consape-

volezza/padronanza del proprio ruolo. Si denota infatti che a volte per alcuni colleghi risulta più semplice fare che far fare! Sicuramente la presenza di oss riqualificati poco motivati e la sostituzione "acritica" di infermieri con oss, ostacola ulteriormente l'inserimento corretto di tale figura nel processo assistenziale.

**Verzelletti:** la presenza degli asa-oss andrebbe vista dagli infermieri non come una minaccia bensì come una risorsa dove, creando un rapporto di collaborazione, si potrebbe garantire un migliore servizio all'utente. Ritengo inoltre che le amministrazioni delle aziende ospedaliere non dovrebbero sopprimere alla carenza di infermieri sostituendoli in egual numero con le suddette figure di supporto solo per non gravare sull'economia aziendale.

## AVVISO

*Si comunica che il corso "GESTIONE MASSICCIO AFFLUSSO DEI FERITI IN DIPARTIMENTO D'EMERGENZA CONSEGUENTE AD ATTO TERRORISTICO", previsto per il 12-20 maggio p.v., a Tel Aviv (Israele) a causa di difficoltà organizzative degli ospitanti colleghi Israeliani, è stato rinviato al mese di ottobre 2008 con data da definirsi.*

*Chiunque volesse presentare domanda di partecipazione può inviare il curriculum presso la Segreteria del Collegio IPASVI di Bergamo.*



A cura di Massimiliano Russi

**P**ubblichiamo di seguito tre articoli tratti da "Il Sole 24 Ore-Sanità" che affrontano alcune tematiche quanto mai interessanti: nel primo articolo (Il Sole 24 Ore-Sanità, 25 settembre 2007) si descrive il caso di **una collega vistasi licenziata per aver espresso "opinioni personali" sul proprio ospedale**; nel secondo articolo (Il Sole 24 Ore-Sanità, 25 settembre 2007) si spiega il pronunciamento della Cassazione in merito **all'aggressione subita da un'infermiera da parte di un paziente con disturbi psichiatrici**. Infine, nel terzo articolo a cura dell'avv. Giannantonio Barbieri (Il Sole 24 Ore-Sanità, 30 ottobre 2007) si affronta il tema della **"prescrizione infermieristica"**.

Il dibattito è aperto...

### Cassazione/Annullato il reintegro di un'infermiera licenziata per "maldicenza" **"Non si spari dell'ospedale"**

#### Screditare la struttura in cui si lavora lede il rapporto di fiducia

Parlar male dell'ospedale dove si lavora può costare il posto. Perché la maldicenza, specie se ripetuta, può esprimere una "potenzialità negativa sul futuro adempimento degli obblighi" del dipendente e far vacillare il rapporto di fiducia con il datore.

Parola della sezione Lavoro della Corte di



Cassazione che, con la **sentenza n. 19232** depositata lo scorso 14 settembre, ha annullato il reintegro accordato in primo e in secondo grado a un'infermiera professionale di Monza, licenziata dall'azienda ospedaliera in cui lavorava per avere "proferito espressioni offensive sulla capacità e sulla professionalità del personale" e, soprattutto, per aver gettato discredito sull'ospedale. Come? Divulgando i contenuti di una contestazione del 2002, quando furono trovati "medicinali e attrezzature e supporti medici non sterilizzati" e "medicinali scaduti". Notizie riservate la cui diffusione "ledeva l'estimazione di serietà di una struttura ospedaliera particolarmente nota e di alto prestigio".

Per la Cassazione, che ha accolto il ricorso della Holding Multimedita riformando le sentenze del Tribunale di Monza e della Corte d'appello di Milano, nel valutare "se la violazione disciplinare addebitata al lavoratore abbia compromesso la fiducia necessaria ai fini della permanenza del rapporto di lavoro e quindi costituisca giusta causa di licenziamento, va tenuto presente che l'intensità della fiducia richiesta è differenziata a seconda della natura e della qualità del singolo rapporto, della posizione delle parti, dell'oggetto delle mansioni e del grado di affidamento che queste richiedono".

In questo caso, data la "delicatezza della funzione assegnata" all'infermiera, il giudice di merito, disponendo il reintegro nel posto di lavoro, "non ha dato ragione alcuna della ritenuta assenza di danno che la divulgazione" del mal funzionamento dell'azienda "assumeva per l'immagine di una struttura ospedaliera".

Di qui la decisione di rinviare il caso alla Corte d'appello di Brescia. Con indicazioni precise: "In tema di licenziamento per giusta causa, allorquando siano contestati al dipendente

diversi episodi, il giudice di merito non deve valutarli separatamente, bensì globalmente, al fine di verificare se la loro rilevanza complessiva sia tale da minare la fiducia che il datore di lavoro deve poter riporre nel dipendente". Questo perché "la molteplicità degli episodi, oltre a esprimere un'intensità complessiva maggiore dei singoli fatti, delinea una persistenza che è di per sé ulteriore negazione degli obblighi del dipendente, e una potenzialità negativa sul futuro adempimento di tali obblighi".

Duro il commento di **Paolo Nerozzi**, segretario confederale della Cgil: "Non viene licenziato chi arriva al patteggiamento dopo aver rubato nella pubblica amministrazione, o chi ha intrattenuto o intrattiene rapporti con associazioni criminali, o ancora, chi per sei mesi non si presenta al lavoro, come rilevato in alcuni casi recenti. Per contro, rischia di essere licenziato chi si lamenta delle disfunzioni di un posto di lavoro che, magari vorrebbe far funzionare meglio!".

**Manuela Perrone**  
**Sole 24 Ore Sanità del 25 settembre 2007**

## Operatore aggredito dal malato: paga l'Asl

Il paziente con disturbi mentali, benché sedato, picchia l'infermiere?

A risarcire le lesioni subite dal dipendente sarà l'azienda sanitaria in qualità di datrice di lavoro. «Si tratta del rischio d'impresa», sostiene la Cassazione, accogliendo il ricorso dell'ausiliaria e smentendo le precedenti pronunce emesse dal tribunale di Brescia e dalla locale Corte d'Appello.

«I giudici d'appello - riferisce la sezione Lavoro di Piazza Cavour nella **sentenza n. 17066** depositata il 3 agosto, udienza del 17 aprile - non potevano fermarsi a considerare che il paziente era stato sedato e tanto bastava

perché dopo la somministrazione dei tranquillanti appariva "tranquillo" e la successiva reazione aggressiva doveva considerarsi imprevedibile.

La Asl - si legge ancora nelle motivazioni (presenti anche sul sito del Centro studi in Diritto sanitario) - avrebbe dovuto verificare quale era il protocollo di comportamento per il personale infermieristico nel caso particolare di pazienti oligofrenici con tendenze aggressive e se l'attività di sedazione, rivelatasi insufficiente, fosse stata correttamente eseguita».

In sostanza, per evitare responsabilità, la Asl avrebbe dovuto dimostrare di aver adottato tutte le precauzioni possibili, volte a preservare l'integrità fisica del proprio dipendente.

L'imprevedibilità del fatto non solleva il datore di lavoro in questi casi, perché (ai sensi dell'articolo 2087 del codice civile) deve essere provato di aver adempiuto alle cosiddette «obbligazioni di protezione» del lavoratore. Nel settore antinfortunistico, «l'articolo 2087 Cc prevede uno specifico obbligo contrattuale per il datore: l'imprenditore (nel caso in esame un'azienda ospedaliera di Brescia che dispone di un centro residenziale handicap, ndr) è tenuto ad adottare nell'esercizio della propria attività tutte le misure che, secondo la particolarità del lavoro, l'esperienza e la tecnica, sono necessarie a tutelare l'integrità fisica e la personalità morale dei prestatori di lavoro».

Replicando al ricorso del dipendente, la Asl riteneva di aver adempiuto ai propri obblighi avendo praticato una terapia di sedazione, mentre la dipendente aveva agito con negligenza e superficialità, facendo uscire il paziente dalla propria stanza e non rispettando il protocollo dettato dal medico responsabile. Linea difensiva che è stata smontata dalla Cassazione, che ha precisato l'opportunità di

far uscire il paziente dalla propria camera in quanto la stessa era occupata da altro paziente autolesionista, **«circostanza che denunciava in sostanza un'insufficiente disponibilità di locali»** e, quindi, l'impossibilità di preservare l'integrità del personale medico e paramedico.

**Gabriele Mastellarini**

**Sole 24 Ore Sanità del 25 settembre 2007**

**Le norme che legittimano  
la "prescrizione infermieristica"  
senza violare il Codice penale  
La "ricetta" dell'infermiere**

**Diagnosi e piani assistenziali possono  
essere redatti anche dal nursing**

È indubbio che il sostantivo prescrizione, e così il verbo da cui deriva, prescrivere, sia per ragioni storico-culturali che per motivi professionali, rimanda, con un forte richiamo, alla professione medica.

Da sempre è il medico che prescrive e da sempre la prescrizione è stata considerata atto medico. Questo perchè probabilmente sino al 1999, data di entrata in vigore della legge 42, gli atti sanitari diversi dagli atti medici erano davvero pochi. All'epoca risultava difficile parlare di autonomia dell'atto infermieristico quando tutta l'attività dell'infermiere (all'epoca ancora definito professionale) era fortemente subordinata all'atto medico.

A esempio, il Dizionario delle professioni infermieristiche della Utet, che tuttavia risale ormai a dieci anni or sono, alla voce prescrizione afferma che si tratta della "trascrizione su fogli di ricettario personale o sul ricettario del Ssn degli esami ematochimici o strumentali a cui si deve sottoporre il paziente, dei farmaci che il paziente deve assumere, dei presidi terapeutici o di cicli di terapie fisiche". Questa definizione pare non lasciare troppo spazio

ad altre professioni diverse da quella del medico e anche altri dizionari meno specialistici non sono di grande aiuto.

Infatti, una delle definizioni più ricorrenti di prescrizione risulta essere la seguente: "Quanto viene prescritto come terapia e profilassi, dal medico, e in particolare, nelle ricette, l'indicazione dei farmaci prescritti, delle dosi e delle modalità di somministrazione".

In letteratura medico-legale si rinvengono varie definizioni, nonostante la maggior parte delle quali si riferisca perlopiù alla prescrizione farmacologica: "La prescrizione è l'autorizzazione scritta dal medico volta a disporre la consegna al paziente del medicinale da parte del farmacista"; "la ricetta medica consiste nella prescrizione terapeutica, contenente consigli dietetici e indicazioni di cure con relativa posologia e modalità d'uso"; e ancora: "La prescrizione è un'istruzione dal prescrittore al dispensatore". Quest'ultima definizione non fa riferimento in maniera esplicita al medico ma genericamente a "colui che prescrive".

In relazione a quanto detto vale la pena domandarsi se i tempi siano sufficientemente maturi perché possa affrontarsi il tema di una "prescrizione" che veda non il medico come soggetto prescrivente ma anche, ovviamente nell'ambito di un contesto prettamente assistenziale, l'infermiere.

La risposta è sicuramente positiva, ma occorre comprendere il significato della locuzione "prescrizione infermieristica".

Ovviamente, si è ancora distanti dall'esperienza inglese, e dalle competenze degli infermieri del Regno Unito. Nel Regno Unito, soprattutto a partire dal 2000 si è allargato enormemente il dibattito sull'estensione dell'esercizio della prescrizione da parte di personale non medico, compresi infermieri, farmacisti e assistenti sanitari e nel maggio

2006 si è arrivati all'apertura ai cosiddetti "infermieri prescrittori indipendenti" dell'intero Formulario nazionale britannico. È chiaro che occorrono, e gli infermieri del Regno Unito la posseggono, una preparazione e una formazione specifica che consistono in un corso di formazione e pratica che dura tre anni, dove gli infermieri affrontano aspetti di farmacologia, diagnosi, doveri legali, etica, dosaggi e scenari dei pazienti.

Al di là delle discussioni anche molto accese che questa sfida ha scatenato oltremarica, sia all'interno della classe medica che di quella infermieristica, va detto che l'iniziativa è assolutamente positiva e valorizza e garantisce sicuramente quel processo di continuità assistenziale su cui il codice deontologico italiano si rivela particolarmente attento.

Anche in Spagna proprio in questi giorni si sta cercando di trovare una collocazione giuridica al concetto di prescrizione infermieristica intesa come documento che il paziente possa utilizzare nelle farmacie per ricevere i farmaci o i prodotti prescritti dall'infermiere.

In Italia il concetto di prescrizione infermieristica comincia a farsi strada in maniera ancora tutto sommato abbastanza timida e forse guardato da qualcuno con un certo scetticismo e tenendo sempre a mente come sia ancora percepito come troppo labile il confine tra atto medico e atto nella fattispecie infermieristico, con conseguente rischio di scivolamento nel reato punito dall'art. 348 Cp, tenuto conto che nessuna norma descrive analiticamente le attività proprie della professione medica e, dopo l'abrogazione del mansionario, neppure della professione infermieristica.

Ci troviamo in quella che l'Antolisei- insigne giurista del secolo scorso-definiva quella zona grigia tra il lecito e l'illecito, dove in difetto di precise norme legislative o regolamentari,

molto è rimesso al prudente apprezzamento dei giudici.

Ciò da una parte rappresenta sicuramente una fortuna, ossia il fatto che non esistano più norme sul genere del mansionario, ma dall'altra crea qualche dubbio all'interpretazione in relazione a quelle decisioni giurisprudenziali che affermano come siano riservate al medico le scelte e le valutazioni di carattere terapeutico. Il tema rimanda al significato del concetto di terapia ed è troppo vasto per essere affrontato in questa sede. È interessante, tuttavia, la definizione di Giorgio Cosmacini circa il concetto di terapia intesa come rimedio ai guasti fatti dal male. Il problema è delicato e di non facile soluzione: in questo ambito il bene tutelato è la salute pubblica e del singolo cittadino - con un forte richiamo all'art. 32 della Costituzione - e la giurisprudenza a volte è stata abbastanza severa in tutte quelle occasioni in cui un soggetto veniva a esplicare quelle attività, iniziative e applicazioni tipiche del rapporto medico-paziente.

Quale potrebbe essere, a questo punto, lo strumento che dalla zona grigia ci permette di approdare a una zona più luminosa? Tale strumento potrebbe essere il concetto di "competenza tecnico-scientifica", ossia il possesso di quelle conoscenze e abilità professionali che sono peculiari dell'esperto di quel determinato settore; competenza, quindi, intesa come "saper agire" e anche come "saper essere responsabile".



Il concetto di competenza permette anche di superare i timori che potrebbe suscitare l'art. 348 Cp. Infatti, se è vero che la ratio della norma che punisce l'abusivo esercizio di una professione consiste nell'esigenza di evitare quei danni che potrebbero conseguire dall'esercizio di determinate attività da parte di chi sia privo delle necessarie cognizioni tecnico-scientifiche, è chiaro che se il professionista è in grado di dimostrare, per il suo percorso di studi di base e post-base e anche per il fatto che è iscritto a un albo professionale, di aver raggiunto e di essere in possesso di quella determinata competenza, è facile che si riesca a superare lo scoglio determinato dall'art. 348 Cp.

Ecco che allora si può giungere facilmente al concetto di "prescrizione infermieristica". Monica Casati la individua come la "definizione degli interventi assistenziali da parte dell'infermiere, per conto dell'equipe infermieristica". Alla luce di questa definizione va detto che la prescrizione infermieristica consiste in un'azione autonoma del professionista infermiere in risposta a una diagnosi infermieristica. Diagnosi che, come è noto da tempo, costituisce la base sulla quale scegliere gli interventi infermieristici volti a raggiungere risultati che rientrano nella sfera di competenza dell'infermiere.

Il terreno della cura delle lesioni cutanee è certamente un terreno che si presta ad affrontare il tema della prescrizione infermieristica per quello che concerne, a esempio, le medicazioni avanzate e gli ausili anti-decubito che, da una parte, non necessitano necessariamente di prescrizione medica e dall'altra, tuttavia, necessitano di una qualificata competenza clinica di tipo specialistico nella loro prescrizione. L'infermiere esperto in wound-care ha gli strumenti professionali e quindi le competenze per agire come "pre-

scrittore", ossia come il professionista sanitario che individua e indica quali azioni di assistenza infermieristica sono da attuare, con quali strumenti e con quali modalità applicative. E qui prende significato il concetto della suddivisione degli interventi infermieristici in due tipi: quelli prescritti dall'infermiere e quelli prescritti dal medico.

È chiaro che l'attuale assetto legislativo limita, in qualche modo e per alcuni aspetti, l'agire dell'infermiere nell'ambito prescrittivo, dal momento che - perlomeno ai fini che possono interessare in questa sede - il Dm 27 agosto 1999, n. 332, contenente il "Regolamento recante norme per le prestazioni di assistenza protesica erogabili nell'ambito del Servizio sanitario nazionale: modalità di erogazione e tariffe" dispone che gli aventi diritto per poter accedere gratuitamente ai vari dispositivi indicati nel nomenclatore devono essere in possesso di una prescrizione redatta da un medico specialista del Servizio sanitario nazionale competente per tipologia di menomazione o disabilità.

L'infermiere apparentemente - perlomeno dal punto di vista della norma giuridica - nulla ha a che vedere nel contesto dell'erogazione, o meglio della prescrizione, dei dispositivi protesici o degli ausili di cui al Dm 332/1999: questo è vero se ci si riferisce alla possibilità di usufruire di questo tipo di assistenza che è a carico del Ssn per determinate patologie di pazienti portatori di certe invalidità.

Di contro, l'eventuale prescrizione infermieristica, nel contesto del wound-care potrà essere una risorsa, a esempio, nei confronti di quei pazienti affetti da lesione, ma che non rientrano in quelle categorie alle quali le aziende sanitarie riconoscono l'erogazione, con costi a proprio carico, dei dispositivi indicati nel nomenclatore. Quindi, la prescrizione da parte dell'infermiere esperto in lesioni cu-

tanee di un determinato ausilio antidecubito o di un altro dispositivo di ausilio, non dovrebbe creare e sollevare dubbi e incertezza circa la liceità di tale atto, che si muove in un contesto prettamente infermieristico.

È ovvio che a monte dell'atto prescrittivo infermieristico dovrà esistere un processo che non potrà non esserci: tale "processo" sarà necessariamente costituito da una fase di accertamento che ha la funzione, tra le altre, di mettere l'infermiere nella condizione di poter poi esprimere un giudizio clinico su quel paziente; successivamente si avrà una diagnosi,

ovviamente infermieristica, ossia un giudizio clinico vero e proprio che permetterà all'infermiere di valutare le condizioni del paziente e metterlo nella condizione di scegliere il tipo di intervento da prospettare al paziente stesso. A ciò seguirà la formulazione di un piano di assistenza infermieristica che potrà prevedere al suo interno l'attività dell'infermiere anche come prescrittore autonomo degli interventi infermieristici.

**Giannantonio Barbieri**  
**Avvocato del Foro di Bologna**  
**Sole 24 Ore Sanità del 30 ottobre 2007**

## Formazione a distanza: prosegue il programma Ecce-InFad

*ECCE-InFAD: continua il successo del progetto di formazione a distanza fatto dagli infermieri, per gli infermieri. Il Progetto ECCE-InFAD, finanziato dall'Agenzia Italiana per il Farmaco e con l'egida dell'Ipsavi ha già raccolto oltre 60.000 adesioni. Per il 2008 sono previsti altri 40 dossier e 52 nuovi casi con cui cimentarsi. Molti di questi nascono dalle proposte degli infermieri che hanno scritto in redazione per esprimere i loro bisogni formativi. Collegarsi al sistema è semplice: basta avere un computer, una linea telefonica (non serve la banda larga o l'antenna satellitare), un collegamento a internet e una casella di posta elettronica. La prima volta che si entra nel sito <http://aifa.progettoecce.it> è necessario registrarsi. Cliccando sul tasto "Registrati" si accede alla scheda di registrazione, completata la quale si ricevono direttamente in posta elettronica le chiavi di accesso (ID e PIN) al sistema.*

## **Il ruolo del Coordinatore Infermieristico Nella prevenzione e gestione del rischio di burn-out dell'operatore in ambito oncologico.**

*Indagine conoscitiva in regione Lombardia*

*A cura di Timoteo Mazzoleni*

“ Il burnout è una sindrome di esaurimento emozionale, di spersonalizzazione e di riduzione delle capacità personali che può presentarsi in soggetti che per professione ‘si occupano della gente’. Si tratta di una reazione alla tensione emozionale cronica creata dal contatto continuo con altri esseri umani, in particolare quando essi hanno problemi o motivi di sofferenza<sup>1</sup>. Tra i soggetti a rischio, quindi, risultano anche gli infermieri che operano in ambito oncologico.

Lo scopo dell'indagine è descrivere come i Coordinatori Infermieristici (CI) degli Hospice e delle Oncologie lombarde prevenivano e gestiscono il rischio di burn-out negli operatori loro assegnati. Hanno partecipato 29 CI, tramite la compilazione di un questionario. L'83% dichiara che tra il personale coordinato ci sono soggetti a rischio. I sintomi più frequenti sono preoccupazioni e paure eccessive o immotivate e irritabilità. La prevenzione viene attuata con la comunicazione al neo-inserito dei rischi di stress emotivo in cui può incorrere, la motivazione e le riunioni periodiche di confronto, queste strategie risultano sicuramente efficaci nel 49% dei casi. Se il burn-out è conclamato vengono offerti sostegno psicologico e opportunità di trasferimento. Riguardo alla condivisione delle scelte diagnostico-terapiche-comunicative il 66% dei CI dichiara la presenza occasionale di conflitti tra infermieri e medici.

### **Introduzione**

Il fattore caratteristico del burn-out è che lo stress sorge dalla interazione sociale tra l'operatore e il destinatario dell'aiuto;<sup>2</sup> tale sindrome coinvolge, infatti, quelle professioni nelle quali le responsabilità morali e il coinvolgimento emotivo sono elevatissimi,<sup>3</sup> quali

quella infermieristica, a maggior ragione se si presta servizio in ambito oncologico. Tra le cause oggettive di burn-out elencate da Cooper riportate da Tinti, oltre a quelle relative all'utenza, ci sono quelle relazionali: quali conflitti tra operatori che lavorano nello stesso ambito, soprattutto se lo spirito d'equipe è scarso o addirittura inesistente. Il ruolo del CI è quello di far crescere il gruppo, il che implica assicurare le condizioni ottimali per il suo sviluppo.

A tal fine egli deve stimolare opportunamente la comunicazione affinché l'equipe arrivi ad avere una visione comune del problema da trattare e ciascuno abbia l'opportunità di contribuire a crearla. “Visione comune dei problemi” non significa, pertanto, somma di più punti di vista, ma integrazione di più prospettive; essa è il risultato cui tende il lavoro di più persone che vengono ascoltate, che possono e sanno confrontarsi con altri e modificare criticamente la propria posizione.<sup>4</sup> Prendersi cura psicologicamente e fisicamente di un paziente affetto da tumore è un'operazione complessa, in cui operatore, paziente, e familiari sono coinvolti. Per tale motivo tutti gli operatori sanitari devono saper esprimere una competenza comunicativa che consenta loro di affrontare il rapporto con il paziente e i familiari, le modalità di integrazione comunicative con i colleghi, e l'elaborazione delle proprie reazioni emotive e del proprio vissuto personale in presenza di situazioni patologiche contrassegnate da una forte prossimità con la morte.<sup>5</sup>

Le evidenze disponibili sono utili al CI che opera in ambito oncologico per prevenire e gestire gli elevati livelli di stress, affinché questi non siano causa di burn-out. Lo scopo del presente articolo è mostrare la situazione in

## Il ruolo del Coordinatore Infermieristico...

33

Lombardia, fotografata con l'indagine conoscitiva, ed essere stimolo di riflessione per i professionisti coinvolti.

### Materiali e metodi

Il 3 settembre 2007 sono stati inviati per via telematica i questionari semi-strutturati a tutti 54 i CI delle Unità Operative (UO) di Oncologia Medica e Hospice lombarde, dopo aver preso accordi telefonici con gli stessi. Non sono state prese in considerazione U.O. prive di un coordinamento infermieristico, né quelle di recente avvio. Lo strumento d'indagine era accompagnato da una lettera di presentazione in cui veniva garantito l'anonimato e l'impegno di un ritorno dei risultati ottenuti, su esplicita richiesta. Si comunicava, inoltre, che i dati sarebbero stati diffusi tramite discussione di Tesi di Master in "Management infermieristico per le funzioni di coordinamento", e che sarebbe stata proposta la pubblicazione di un articolo su una rivista nazionale di settore. Il termine ultimo per la restituzione dei questionari compilati è stata fissata al 21 settembre. Questi prevedevano percorsi diversi a seconda della propria realtà lavorativa, ed erano costituiti da 16 domande, di cui 15 chiuse e 1 aperta.

Le variabili riguardavano la scelta da parte del personale infermieristico di operare in ambito oncologico, presenza di soggetti a rischio burn-out, segni e sintomi rilevati, strategie di prevenzione e benefici conseguenti, gestione di casi di burn-out conclamato, presenza di riunioni d'equipe, con o senza supervisione di uno psicologo e periodicità delle stesse, univocità di comunicazione al paziente di diagnosi e prognosi da parte del personale medico e infermieristico, esistenza o meno di uno strumento che documenti il grado di consapevolezza della malattia da parte del paziente, confronto medico-infermiere riguardo procedure diagnostico-terapeutiche, possibilità di confronto tra le parti, casi di ge-

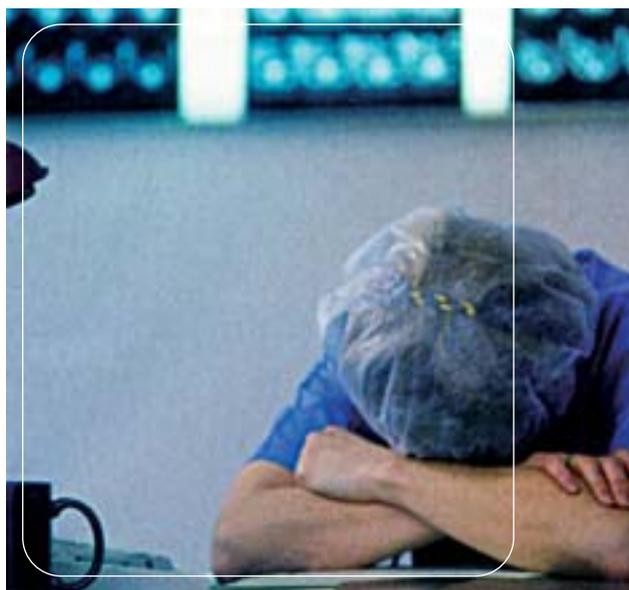
stione di conflitti tra medici e infermieri da parte del Coordinatore, note annotazioni e commenti.

I dati raccolti sono stati inseriti in un foglio elettronico Excel, per permetterne l'analisi descrittiva.

### Risultati

Hanno risposto al questionario 29 CI su 54 (pari al 53,7%).

Generalmente il personale opera in ambito oncologico per propria scelta: sempre nel 45% dei casi, a volte nel 52%, mai nel 3%. L'83% dei CI ritiene che all'interno del gruppo che coordina vi siano dei soggetti a rischio, il 14% lo esclude, mentre il 3% non sa. I segni e i sintomi più frequenti sono: preoccupazioni e/o paure eccessive o immotivate (14), irritabilità (12), senso di fallimento e/o frustrazione (11) e reazioni violente verso i colleghi (10) (domanda 3). Le strategie preventive maggiormente usate sono la comunicazione al neo-inserito dei rischi di stress emotivo in cui può incorrere (17), la motivazione (17), le riunioni



periodiche di confronto (16), e la rilevazione precoce di segni e sintomi di stress (15) (domanda 4). Il 49% dei CI ha avuto modo di verificare che grazie all'utilizzo di tecniche preventive il rischio burn-out negli operatori che coordina è diminuito, il 17% lo esclude, il 17% non sa, il 17% non risponde. I casi conclamati vengono gestiti con il sostegno psicologico (10), la supervisione (6) e la proposta all'operatore in burn-out di cambiare UO (10) (domanda 6).

Nel 69% delle equipe indagate sono previste riunioni periodiche, multidisciplinari, per discutere i casi assistenziali, con frequenza settimanale (76%), bisettimanale (8%), o mensile (4%); nel 21% delle UO queste non ci sono, il 10% non risponde. Nel 65% delle UO indagate è prevista la presenza di uno psicologo; laddove è assente (14%) (non risponde il 21%) ne è comunque ravvisata la necessità (80%).

Non esiste sempre una linea di condotta comune tra medici e infermieri per quanto riguarda l'opportunità di comunicare o meno al paziente la diagnosi e la prognosi reali: c'è sempre nel 59% delle UO, a volte nel 24%, mai nel 10%, non risponde il 7%. Nel 62% delle UO esiste uno strumento che consente al personale di verificare il grado di conoscenza della propria malattia da parte del paziente: nella documentazione infermieristica nel 21% dei casi, in quella medica nel 3%, in entrambe nel 38%. Tale strumento è invece assente nel 28% delle UO (domanda 12). Capita che le procedure diagnostiche e/o terapeutiche vengano messe in discussione dal personale infermieristico: spesso nel 14% delle UO, a volte nel 73%, mai nel 10%, non risponde il 3%. In tali situazioni vi è stata possibilità di confronto tra personale infermieristico e medico sempre nel 61% dell'equipe, a volte nel 31%, mai nell'8%. A volte (66%) ai CI è capitato di dover gestire dei conflitti di tale natura, spesso al 23% di essi, mai al 23%.

## Discussione

Analizzando i risultati delle risposte ai questionari si evidenzia che la scelta di operare in un reparto a forte impatto emotivo come l'Hospice o l'Oncologia sia il più delle volte dettata dalla volontà della persona. Nonostante la motivazione iniziale permane il rischio di essere soggetti alla sindrome di burn-out. Questo conferma l'elevato livello di stress vissuto in tali Unità Operative, e come il problema nasca dall'ambiente più che dalla personalità dell'individuo.

I segni e sintomi di tale disagio rilevati dai Coordinatori Infermieristici mostrano come l'assenteismo non sia quasi mai presente e tanto meno il coinvolgimento dell'utente, anche se a volte qualche operatore teme il relazionarsi con lui. Spiccano, invece, le preoccupazioni eccessive o immotivate, l'irritabilità, il senso di fallimento e la frustrazione. Ciò rende merito agli infermieri, che pur trovandosi in difficoltà non scappano dal loro lavoro, ma continuano a prestare servizio tutelando il più possibile gli utenti: le reazioni violente verso di loro toccano appena il 3%, ci si permette maggiormente uno sfogo verso i colleghi (15%), anche se questo dato risulta preoccupante in un ambito dove il lavoro d'equipe è fondamentale.

Alla domanda numero 4, relativa alle strategie adottate per prevenire la sindrome di burn-out, dai dati si evince quanto sia vario ed intenso lo sforzo del Coordinatore Infermieristico per limitare gli effetti del fenomeno, e quanto sia importante da parte sua mantenere un dialogo continuo a partire già dalle prime fasi dell'inserimento di ogni singolo operatore.

Ciò al fine di capire quali siano le principali fonti di disagio, analizzarle e discuterle con il resto dell'equipe.

Circa la metà degli intervistati ha avuto modo di verificare una diminuzione del livello di ri-

## Il ruolo del Coordinatore Infermieristico...

35

schio burn-out grazie all'utilizzo di tecniche preventive, confermando la mia tesi iniziale: il rischio di burn-out è inferiore nelle Unità Operative di Oncologia Medica ed Hospice in cui viene effettuata la prevenzione del caso.

Ben il 34% degli intervistati non sa dire con certezza se ci siano stati dei miglioramenti in merito, o non si esprime, a mio parere questo deriva dalla difficoltà di associare il risultato ottenuto all'intervento effettuato, anche perché i tempi possono essere differiti.

Nella gestione dei casi di burn-out conclamato la supervisione e il sostegno psicologico sono i sistemi più utilizzati. Un numero considerevole (circa il 30%) di Coordinatori, inoltre, consiglia agli operatori in burn-out conclamato il cambio di Unità Operativa.

Solo nel 60% delle strutture i cui coordinatori hanno risposto al sondaggio sono previste delle riunioni periodiche multidisciplinari per la discussione dei casi e il confronto anche in merito alle emozioni che questi suscitano.

La letteratura di settore sottolinea l'importanza di tali occasioni di incontro e condivisione, non solo per scegliere insieme la giusta strategia di cura per il malato, ma anche per non far sentire solo l'operatore, che si trova costantemente ad affrontare situazioni emotive stressanti. Situazioni emotive che diventano logoranti qualora non vengano affrontate e superate insieme, anche con la presenza di uno psicologo, che quando non è previsto è comunque desiderato. La frequenza degli incontri è quasi sempre settimanale.

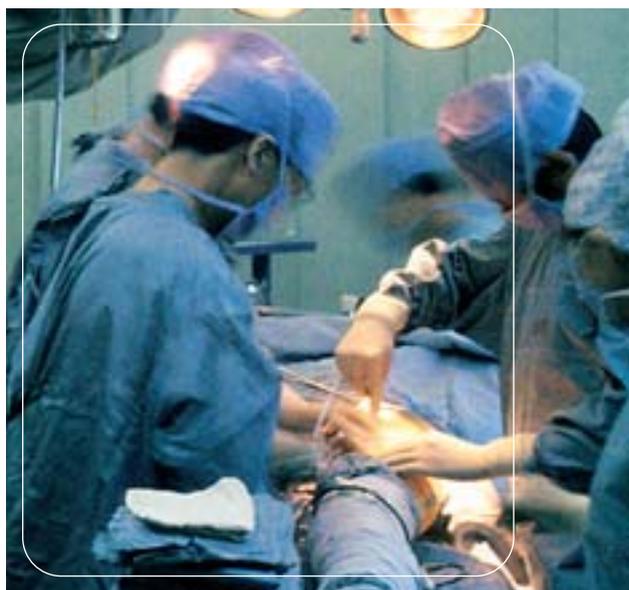
Un dato positivo è l'esistenza, nella quasi totalità dei casi, di una linea di condotta comune tra medici ed infermieri per quel che riguarda la comunicazione al paziente delle sue reali condizioni di salute. Anche se purtroppo questa condivisione è sporadica. Davvero preoccupante quel 10% dei casi in cui non vi è mai comunicazione univoca al paziente (verbale o non verbale).

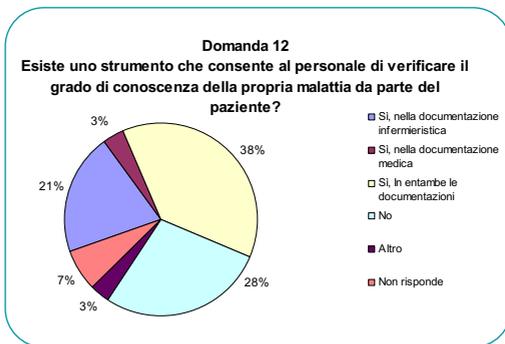
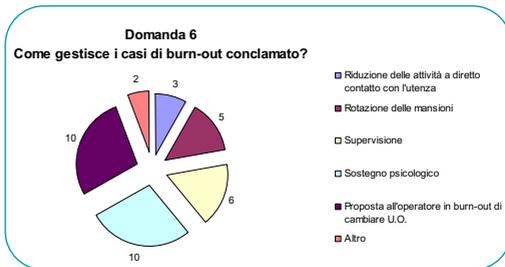
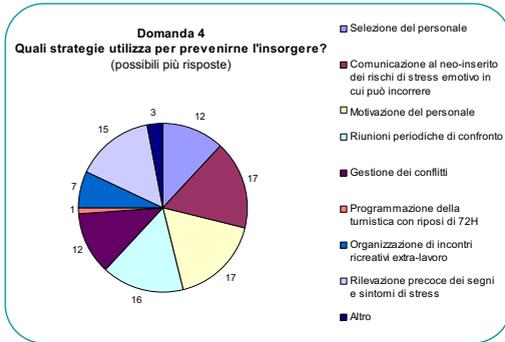
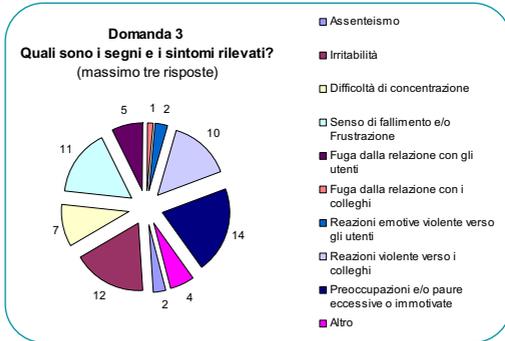
Altrettanto preoccupante, e contrastante con

la condotta comune precedentemente segnalata, il fatto che il grado di consapevolezza riguardo alla malattia da parte dell'ammalato non sempre risulta dalle documentazioni infermieristica e/o medica. Ciò sebbene la letteratura infermieristica indichi come una precisa registrazione dei dati sia strumento fondamentale per erogare un'assistenza rispondente ai bisogni e personalizzata. Si suppone questo sia causato dalla difficoltà estrema di gestire informazioni spiacevoli, spesso disperate.

Nelle ultime tre domande concernenti le procedure diagnostiche e terapeutiche, i risultati confermano quanto queste in campo oncologico possano essere oggetto di discussione in termini di opportunità e di efficacia, e quanto queste discussioni coinvolgano il Coordinatore Infermieristico, spesso chiamato a ricoprire il ruolo di mediatore.

Tragico il caso in cui non ci sia possibilità di mediazione. L'8% dei CI che hanno avuto personale infermieristico che ha messo in discussione le procedure diagnostico/terapeu-





tiche, afferma che non ci sia mai stata possibilità di confronto tra le parti. Il sottoscritto ritiene che non sia sbagliato scontrarsi, anzi ciò può essere positivo, purché lo si faccia in sede appropriata e non al capezzale del malato, e dal confronto/scontro si giunga ad un punto di accordo e condivisione, in modo che ogni membro dell'equipe possa prendere parte con convinzione al progetto di cura e/o accompagnamento alla morte, così come indicato anche dal Codice deontologico dell'infermiere.

## Conclusioni

Seppure i risultati dell'indagine conoscitiva effettuata non siano generalizzabili, a causa dell'esiguità del campione, appare evidente quanto sia intenso lo sforzo da parte dei CI lombardi per combattere l'insorgenza della sindrome di burn-out, ma appare altresì visibile la necessità di proseguire nel percorso per attuare al meglio ciò che è indicato dalla letteratura e dalla legislazione. Sarebbe utile un ampliamento del campione d'indagine per analizzare la situazione a livello nazionale e creare la necessità di nuovi approfondimenti e riflessioni. Potrebbe giovare, inoltre, la stesura di linee guida su questo tema. È fondamentale la disponibilità di ogni operatore sanitario per il raggiungimento di una politica comune che garantisca al singolo un ambiente lavorativo adeguato e al malato la miglior assistenza possibile.

<sup>1</sup> Maslach C. La sindrome del burn-out. New York, 2° edizione italiana Assisi: Cittadella Editrice 1997; 1982.

<sup>2</sup> Maslach C. op cit.

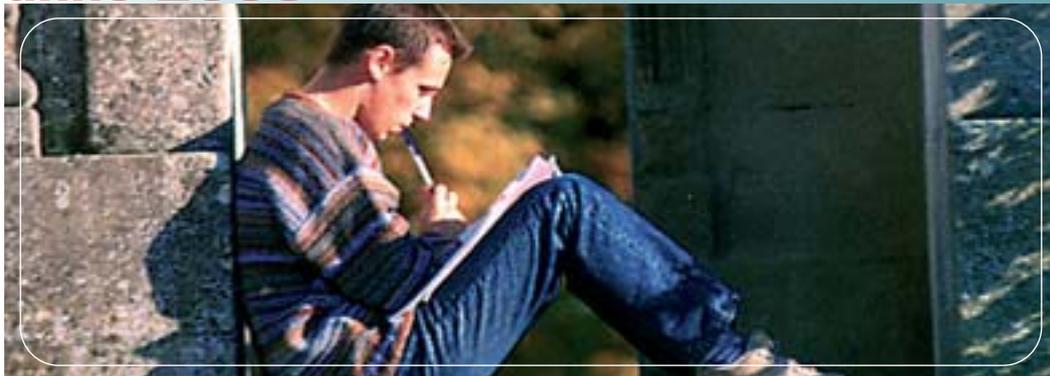
<sup>3</sup> Tinti T. Cause e strategie di prevenzione della "sindrome di burn-out". Tesi di laurea; 2000.

<sup>4</sup> Germini F. La cartella infermieristica. Roma: Carocci editore; 2006.

<sup>5</sup> Delfino V. La comunicazione paziente infermiere. Centro Scientifico Editore; 2001.

## Borse di studio Enpapi anno 2008

37



**E**NPAPI sostiene gli studenti meritevoli nel percorso di istruzione, formazione ed educazione con il conferimento di:

- » 10 borse di studio di euro **2.000,00** per gli Iscritti all'Ente che abbiano conseguito la Laurea Specialistica in Scienze infermieristiche;
- » 15 borse di studio di euro **1.000,00** per gli Iscritti all'Ente che risultino iscritti ad un Master di I o di II livello in Infermieristica o che abbiano conseguito il titolo nel periodo compreso tra il 1° maggio 2007 e il 30 aprile 2008;
- » 50 borse di studio di euro **500,00** per i figli di Iscritti all'Ente o di pensionati con trattamento a carico di ENPAPI che abbiano conseguito il diploma di maturità;
- » 30 borse di studio di euro **1.000,00** per i figli di Iscritti all'Ente o di pensionati con trattamento a carico di ENPAPI che abbiano conseguito la Laurea Triennale;
- » 20 borse di studio di euro **1.500,00** per i figli di Iscritti all'Ente o di pensionati con trattamento a carico di ENPAPI che abbiano conseguito la Laurea Specialistica.

### A chi si rivolge

- » Agli Iscritti all'Ente, in regola con la posizione contributiva e non titolari di pensione a carico di ENPAPI che:
  - nell'anno accademico **2006/2007**, abbia-

no conseguito la **Laurea specialistica in Scienze infermieristiche** nel numero di anni previsti dalla Facoltà di appartenenza e con votazione non inferiore a **105/110**;

- risultino iscritti ad un **Master di I o II livello in Infermieristica** al momento della presentazione della domanda;
- abbiano conseguito un **Master di I o II livello in Infermieristica** nel periodo compreso tra il 1° maggio 2007 e il 30 aprile 2008.
- » Ai figli di professionisti iscritti ad ENPAPI in regola con la posizione contributiva, di titolari di pensione a carico dell'Ente ovvero aventi titolo, in caso di morte dell'iscritto o del pensionato, alla pensione indiretta o di reversibilità che, nel corso dell'anno scolastico o accademico **2006/2007**, abbiano conseguito:
  - il **diploma di maturità** con votazione non inferiore a **85/100**;
  - la **Laurea, triennale o specialistica**, nel numero di anni previsti dalla Facoltà di appartenenza e con votazione non inferiore a **105/110**.

### Come fare

- **Accertarsi di possedere i requisiti indicati** sul bando di concorso.
- **Procurarsi il modulo di domanda**: si può scaricare online dal sito [www.enpapi.it](http://www.enpapi.it), ritirare presso gli Uffici dell'Ente, i Collegi pro-

vinciali IP.AS.VI. e le sedi universitarie.

- **Raccogliere tutta la documentazione richiesta** in relazione alla borsa di studio per la quale si concorre:
  - certificazione della segreteria della scuola che attesti votazione finale e regolarità del ciclo di studi (per il diploma di maturità);
  - certificazione della segreteria universitaria che attesti votazione e data di conseguimento del titolo, anno di immatricolazione, durata legale del corso di studi e che il titolo è stato conseguito entro l'ultimo anno della durata legale del corso medesimo (per il diploma di laurea);
  - certificato di iscrizione e frequenza o attestazione del conseguimento del Master (per il Master di I e II livello).
- **Compilare il modulo di domanda:** a farlo è l'esercente la patria potestà, il tutore o il curatore per il concorrente minorenni; è invece il diretto beneficiario, se maggiorenne e capace.
- **Presentare direttamente agli Uffici ENPAPI o spedire per posta la domanda** insieme al certificato ISEE, alla fotocopia di un documento di identità e del codice fiscale; al certificato di stato di famiglia, rilasciato non oltre 6 mesi precedenti la data di invio della domanda e ad un curriculum vitae. Le domande di partecipazione devono essere consegnate entro il termine perentorio del **30 aprile 2008**. Nel caso vengano spedite, farà fede la data ed il timbro dell'ufficio postale.
- **Comunicazione postale a domicilio verrà inviata esclusivamente ai vincitori.** Le graduatorie verranno approvate dal Consiglio di Amministrazione, affisse presso la sede

dell'Ente ed i Collegi Provinciali, pubblicate sul sito web ([www.enpapi.it](http://www.enpapi.it)) e sul primo numero utile della rivista "Providence".

### Aspetti economici

- **Erogazione in un'unica soluzione**, a mezzo assegno circolare non trasferibile intestato al vincitore ed inviato al suo domicilio, ovvero a mezzo bonifico bancario su conto corrente intestato al vincitore.
- **Assoggettamento ad imposta**, se dovuta, ai sensi dell'art. 50, comma 1, lett. e del TUIR (DPR n. 917/1986) e successive modifiche ed integrazioni.

**Per conoscere tutti i dettagli sul bando di concorso occorre leggere con attenzione il testo del bando.**

### Si ricorda che

- Il bando è scaricabile online ([www.enpapi.it](http://www.enpapi.it)), è affisso presso la sede dell'Ente e presso i Collegi IPASVI.
- La scelta dei vincitori si basa sulle valutazioni scolastiche dei concorrenti e, a parità di collocazione in graduatoria sullo stato di orfano di uno o entrambi i genitori, sul valore dell'indicatore ISEE, sul numero dei componenti il nucleo familiare con preferenza allo studente con il nucleo familiare più numeroso, sull'età dello studente, con preferenza per lo studente più giovane.
- Sono cause di esclusione l'aver beneficiato di altre borse di studio, assegni, premi o sussidi, in relazione agli anni scolastici cui la domanda si riferisce ovvero in relazione al concorso per il conseguimento del diploma, l'essere stato ripetente nell'anno scolastico precedente il bando.

## ENPAPI

Call center 199.199.027 sito internet [www.enpapi.it](http://www.enpapi.it) e-mail [info@enpapi.it](mailto:info@enpapi.it)

## **Incontriamoci il 12 maggio: giornata internazionale dell'infermiere**

39

**A**utonomia professionale e legislazione in ambito assistenziale: delega e responsabilità. È questo il titolo del prossimo convegno organizzato dal collegio IPASVI di Bergamo. Si terrà in occasione del 12 maggio 2008, giornata Internazionale dell'Infermiere, presso il Cine Teatro Gavazzeni di Seriate. L'autonomia e la responsabilità sono questioni sempre molto sentite e più che mai attuali.

Essere appagati dal proprio operato, richiede non solo un impegno fisico e materiale ma anche e soprattutto un impegno intellettuale. Lavorare bene con noi stessi e con gli altri operatori sanitari è una meta raggiungibile anche se potrebbe risultare complessa. Il Collegio aspira costantemente ad una collaborazione attiva con gli iscritti e per questo, sussidiarietà, conciliazione di controversie e facoltà disciplinare, esigono una costante assunzione di responsabilità. La giornata dedicata esclusivamente all'infermiere deve far riflettere, oltre che da prospettive professionali, anche da quelle istituzionali. Del resto, ciò che contraddistingue il ruolo del professionista infermiere è anche la capacità di sapersi interporre tra paziente, personale sanitario, familiari, istituzioni socio-sanitarie, questioni politico-sanitarie-distrettuali e territoriali. Sostenere la ricerca e sviluppare modelli di welfare che possano soddisfare il bisogno di salute e benessere del cittadino, e quindi anche del lavoratore, significa contribuire alla concretizzazione ed ottimizzazione degli standard operativi e funzionali. Aree queste di rilevante competenza infermieristica, discusse ampiamente anche all'interno dei circuiti d'interesse europeo. Considerati i benefici che da tutto ciò ne conseguono, per la giornata del 12 maggio, abbiamo invitato come primo relatore l'avvocato Dario V. Gamba, esperto in discipline infermieristiche, che apporterà un indispensabile ed utile sostegno legislativo-professionale a tutti gli infermieri. È davvero un grosso regalo che gli infermieri vogliono concedersi per quest'anno, e ce lo auguriamo anche per quelli a venire. Il costo del convegno è veramente alla portata di tutti e come sempre poi, si terrà la premiazione dei "decani", ossia di quegli infermieri che hanno al loro attivo almeno 25 anni di servizio. Un momento sicuramente toccante che nella sua modicità riconosce l'impegno professionale dei colleghi che da più tempo s'impiegano nell'attività assistenziale. Culliamo la speranza di incontrarci sempre più numerosi e di condividere le tante esperienze lavorative. Il 12 maggio resterà sempre una giornata unica ed esclusiva per l'infermiere. È un'occasione da non lasciarsi sfuggire dedicata sicuramente alla tenace competenza e all'incessante lavoro degli infermieri.

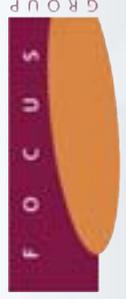


## PROGRAMMA

- Registrazione partecipanti
- 9.00** "L'Evoluzione della normativa in campo infermieristico"
- 10.30** Coffee-break
- 11.00** "Il principio di delega e gli operatori di supporto"
- 12.20** Dibattito: L'esperto risponde
- 12.45** Pausa pranzo
- 13.45** Premiazione Decani
- 14.45** "Principio di autonomia e principio di gerarchia: difficile convivenza"
- 16.45** "Il ruolo del Collegio"
- 17.30** Dibattito: L'esperto risponde
- 18.00** Somministrazione questionari
- 18.30** Chiusura dei lavori

## RELATORI

- Avv. V. Dario Gamba**  
Membro effettivo in qualità di giurista del Comitato di Bioetica presso la ASL 2 di Torino;  
Consulente legale Collegi IPASVI provinciali e Federazione Nazionale Collegi IPASVI
- Inf. Enzo Ambrosioni**  
VicePresidente Collegio IPASVI Bergamo



FORMAZIONE & COMUNICAZIONE AZIENDALE

Organizza per:



IPASVI

COLLEGIO INFERMIERI PROFESSIONALI ASSISTENTI SANITARI / VIGILATRICI D'INFANZIA BERGAMO

# Evento *Formativo*

Autonomia professionale e legislazione: in ambito assistenziale: delega e responsabilità

**12 MAGGIO 2008**

Cine Teatro Gavazzeni  
Via Marconi 40 - 24068 Seriate (BG)