



IPASVI

Scripta Manent

n. 49

SINCERT

CSICERT



UNI EN ISO 9001

*Notiziario
a cura del
Collegio IPASVI
Bergamo*

INFERMIERE.

Una storia che racconta milioni di vite

| | | |
|--|------|----|
| Attività extra ospedaliera: facciamo chiarezza | pag. | 3 |
| <i>Editoriale a cura della Presidente Beatrice Mazzoleni</i> | | |
| Il ruolo fondamentale dell'IPASVI | pag. | 9 |
| <i>A cura di Simone Jamoletti</i> | | |
| L'Operatore socio sanitario in terapia intensiva: ipotesi organizzativa | pag. | 7 |
| <i>A cura di Andreina Scotti</i> | | |
| Compiti affidati agli OSS | pag. | 18 |
| Le attività della Commissione Promozione Immagine si avvicina la festa della Ludotea di Redona | pag. | 19 |
| <i>A cura di Marina Lanzi</i> | | |
| Indagine conoscitiva sul ruolo dell'Infermiere esperto nell'inserimento del principiante nelle Aziende Ospedaliere pubbliche lombarde | pag. | 21 |
| <i>A cura di Viviana Valsecchi</i> | | |
| "Nurse training in mass casualty event: una nuova opportunità nella formazione degli infermieri italiani" | pag. | 27 |
| <i>A cura di Angelo Agostini</i> | | |
| Corsi ECM settembre/dicembre | pag. | 30 |

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 srl, 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) 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.

Attività extra ospedaliera: facciamo chiarezza

3

A cura della Presidente Beatrice Mazzoleni

Cari colleghi, l'editoriale di questo numero di Scripta Manent è dedicato ad una problematica che nell'ultimo mese il Collegio ha dovuto affrontare su segnalazione di Infermieri operanti presso alcune Aziende della nostra Provincia. Tali colleghi si sono visti recapitare, in seguito a controlli effettuati dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri Dipartimento Funzione Pubblica, un avviso dal datore di lavoro che contestava loro la violazione dell'art 53 del D.Lgs 165/2001.

Quest'ultimo al comma VII recita: "I dipendenti pubblici a tempo pieno non possono svolgere incarichi retribuiti che non siano stati conferiti o previamente autorizzati dall'amministrazione di appartenenza... In caso di inosservanza del divieto, salve le più gravi sanzioni e ferma restando la responsabilità disciplinare, il compenso dovuto per le prestazioni eventualmente svolte deve essere versato, ..., nel conto dell'entrata del bilancio dell'amministrazione d'appartenenza del dipendente per essere destinato ad incremento del fondo di produttività o di fondi equivalenti".

In poche parole, coloro che negli anni passati hanno svolto attività lavorativa, anche diversa da quella infermieristica, hanno dovuto ripagare l'Azienda della somma guadagnata con tali prestazioni.

Il carattere perentorio ed inequivocabile di quanto dichiara l'articolo

sopra riportato stabilisce che, ad oggi, gli infermieri che intendano svolgere attività retribuite al di fuori della Pubblica Amministrazione da cui dipendono devono ottemperare alle procedure di richiesta al proprio datore di lavoro.

Se è vero, come è vero, che per altri professionisti del mondo sanitario esiste una normativa speciale che consente di prestare la propria opera anche al di fuori del contesto del pubblico impiego ci si chiede perché la stessa non possa essere estesa anche agli Infermieri.

Se poi si considera che chi sceglie di impiegare le proprie conoscenze professionali in contesti diversi da quello da cui dipende lo fa anche per far fronte a problematiche che riguardano l'economia familiare ci si chiede perché questo debba essere categoricamente vietato o fortemente limitato.

Il tanto blasonato "libero mercato" subisce delle evidenti limitazioni solo per alcune sfere professionali e questo non è certamente sinonimo di pari opportunità in ambito lavorativo.

Nel raccogliere lo sconforto di chi è stato sanzionato per violazione dell'art. 53 sopra riportato si evince un'incongruenza che, per certi versi, si può definire quanto meno opinabile: il lavoratore dipendente di pubbliche amministrazioni che ha esercitato al di fuori del proprio contesto lavorativo senza consenso ha ver-

E
D
I
T
O
R
I
A
L
E

4

*Attività extra ospedaliera:
facciamo chiarezza*

sato all'erario quanto richiesto dalla normativa fiscale vigente: quanto versato però non solo non viene restituito ma deve essere di nuovo versato nelle casse dell'amministrazione d'appartenenza!

Va detto però per correttezza che tali controlli e il successivo movimento di rivalsa sul dipendente, non sono stati di iniziativa dell'Azienda, ma direttamente da controlli effettuati dai N.A.S. con conseguente impossibilità da parte delle Direzioni di sottrarsi all'obbligo legale di richiedere al dipendente la restituzione dei guadagni.

Tale procedimento non influisce sui rapporti del dipendente con l'Azienda e il tutto si risolve, come dimostrato dagli avvenimenti, con il pagamento che risulta essere assolutamente fastidioso ma necessario. Onde evitare questa tipologia di

problema ricordo a tutti che nel caso in cui il dipendente voglia svolgere un'attività extra di qualsiasi tipo deve richiedere il permesso o per lo meno informare l'Azienda di appartenenza.

Sicuramente non è una forzatura definire questo sistema alienante nel riconoscere i diritti ed esuberante nell'imporre i doveri, ma purtroppo ci ritroviamo sempre nella situazione di dover combattere contro una normativa che ci lega le mani, mentre le cronache dei giornali ci raccontano di politici che si arricchiscono sui conti della Sanità lasciando a combattere con tagli di spesa e di personale soprattutto nel sempre tanto agoniato periodo estivo!!!

*Buone Vacanze
a tutti!!!*



E
D
I
T
O
R
I
A
L
E

IL RUOLO FONDAMENTALE DELL'IPASVI

5

A cura di Simone Jamoletti

Lo scorso 12 maggio, in occasione dei festeggiamenti per la Giornata Internazionale dell'Infermiere, si è svolto a Seriate il Convegno organizzato dal Collegio Ipasvi di Bergamo intitolato: "Autonomia professionale e legislazione in ambito assistenziale: delega e responsabilità". Il Convegno ha visto la partecipazione di circa quattrocento colleghi della Provincia di Bergamo che hanno assistito alla puntuale e precisa relazione dell'Avvocato Vladimiro Gamba che ha illustrato i principi fondamentali della delega e responsabilità dell'Infermiere. Una parte della relazione dell'Avvocato è stata dedicata al ruolo dei colleghi IPASVI ed è proprio su questo aspetto che vorrei soffermarmi nella mia riflessione: molto spesso come membri del Consiglio Direttivo ci sentiamo interpellati dai nostri colleghi sul ruolo del Collegio nell'ambito della Professione Infermieristica; troppo spesso viene ricordato il Collegio solo come un Ente che chiede soldi all'iscritto senza ben sapere cosa è e a cosa serve.

L'Avvocato Gamba ha ben sintetizzato quelle che sono le prerogative che deve avere il Collegio stesso: occorre innanzitutto dire che l'IPASVI viene da molto lontano, ha origini remote, infatti l'idea di una regolarizzazione della Professione deriva dalle corporazioni medievali che sono nate per la salvaguardia di una determinata professione da attacchi esterni e malumori interni. Arrivando ai giorni nostri, dal 1946 con il D.L.C.P.S. n.233 ("Ricostituzione degli Ordini delle Professioni Sanitarie"), fino ad arrivare alla legge n. 1049 del 29 ottobre 1954 ("Istituzione dei Collegi IPASVI"), con cui si è definito e regolarizzato il ruolo dell'Ordine.

Il ruolo dell'Ordine Professionale è duplice:

- come **CORPORAZIONE**, in quanto rappresenta la categoria verso l'esterno, tutela il prestigio sociale conquistando spazi nella società; fornisce strumenti e riferimenti professionali agli iscritti, invia rappresentanti nelle varie Istituzioni. Tali prerogative caratterizzanti l'Ordine sono, come si può ben capire, fondamentali e acquistano sempre più importanza ai giorni nostri in quanto la Professione Infermieristica ha bisogno di una maggiore tutela del prestigio sociale troppo spesso messo in discussione da una società non sempre attenta alla figura dell'Infermiere. Ecco allora che il Collegio ha questo compito di tutela e rappresentanza dando, nello stesso tempo, strumenti e riferimenti agli iscritti per una maggiore tutela. Resta comunque l'invito da parte dell'Ordine ad ogni proprio iscritto di essere "protagonista del proprio prestigio" nei confronti dei pazienti e delle altre figure professionali. Un altro ruolo importante che ricopre l'Ordine Professionale è quello legato alla
- **ORGANIZZAZIONE** poiché impartisce le norme deontologiche, punisce la concorrenza sleale tra gli iscritti, vigila sulle regole consociative e sanziona i comportamenti deontologicamente "devianti". Nel precedente ruolo corporativo abbiamo visto come l'Ordine sia attento soprattutto ai comportamenti che arrivano dall'esterno, nel ruolo organizzativo l'Ordine è teso a preservare da eventuali comportamenti negativi che arrivano dai propri iscritti. Nell'ultimo periodo il tema della concorrenza sleale tra gli iscritti purtroppo è divenuto un problema molto dibattuto, soprattutto tra i Liberi Professionisti, in quanto con l'abolizione del Tariffario si è creata una sorta di "giungla" dei prezzi

6

IL RUOLO FONDAMENTALE
DELL'IPASVI

con un conseguente svilimento di carattere economico della Professione. Ruolo del Collegio è quindi quello di un'attenta vigilanza su comportamenti sbagliati.

Il sanzionamento di comportamenti sbagliati viene attribuito all'Ordine dalla Legge attraverso l'art. 40, D.P.R. 221/50 e consta di quattro sanzioni:

- avvertimento;
- censura;
- sospensione;
- radiazione.

Il potere di "auto-organizzazione" trova quindi la massima realizzazione nel "potere sanzionatorio"; si tratta della cosiddetta "giurisdizione domestica".

Per fortuna non sono molti i casi in cui viene usato il potere sanzionatorio ma è utile sapere che esiste!

In definitiva, il Collegio IPASVI è il "**GEN-DARME**" della Professione e l'iscrizione all'Albo deve essere vista come caratterizzazione per attività professionali riservate. Troppo spesso l'iscrizione all'Albo viene vista quasi come un fastidio e, negli anni scorsi, ci sono stati problemi sotto questo punto di vista.

Occorre quindi ribadire con forza che l'iscrizione all'Albo è una garanzia di QUALIFICAZIONE ED ECCELLENZA PROFESSIONALE e che quindi deve essere vista come una possibilità e non come una costrizione.

La strada da percorrere è lunga: per una maggiore consapevolezza da parte degli Infermieri sull'eccellenza della loro Professione, il Collegio sarà sempre al fianco dell'iscritto per tutelarlo e sostenerlo!



“L'OPERATORE SOCIO SANITARIO IN TERAPIA INTENSIVA: IPOTESI ORGANIZZATIVA”

A cura di Andreina Scotti *

Con il Provvedimento della Conferenza Stato Regioni 22 febbraio 2001 “Accordo tra il Ministro della Sanità, il Ministro della Solidarietà e le Regioni e Province autonome di Trento e Bolzano, per l'individuazione della figura e del relativo Profilo professionale dell'operatore socio-sanitario e per la definizione dell'ordinamento didattico dei corsi di formazione” si traduce a livello legislativo l'esigenza, nata da un panorama sanitario notevolmente mutato, di adottare misure atte ad unificare le diverse figure di supporto all'assistenza.

A fronte di questa disposizione statale, successivamente ogni Regione ha emanato autonomamente provvedimenti per disciplinare l'introduzione della figura dell'Operatore Socio Sanitario. La Lombardia attraverso la D.G.R. n°VII/5428 del 6 luglio 2001 individua la figura e il profilo dell'Operatore Socio Sanitario, ne definisce attraverso alcuni criteri l'agire professionale e i percorsi formativi. Successivamente, viene emanata la D.G.R. VIII/5101 del 18 luglio 2007, nata dalla necessità di rimodulare il percorso formativo alla luce delle criticità emerse dalla valutazione dei corsi attivati nell'arco del quinquennio di prima attuazione, dalle proposte correttive emerse nel corso degli incontri dei gruppi di lavoro interdirezionali e interprovinciali e dalla esigenza di mantenere un alto standard di eccellenza del sistema sanitario lombardo.

L'introduzione dell'Operatore Socio Sanitario come nuova figura di supporto all'assistenza ha sollevato molti dubbi all'interno della professione infermieristica: attività

attribuibili, modalità organizzative, assunzione di responsabilità. E' stato un percorso difficile che ha coinvolto, a partire dal 2001, le strutture sanitarie del territorio nazionale.

L'ingresso di queste figure nelle strutture sanitarie tuttavia non è avvenuto in modo omogeneo in tutti i reparti: il maggior utilizzo è avvenuto nelle Unità Operative di media e bassa complessità assistenziale (medicines, chirurgie e riabilitazioni).

Non è stata così repentina e diffusa l'introduzione dell'Operatore Socio Sanitario nelle terapie intensive. E' il caso dell'Azienda in cui lavoro, gli Ospedali Riuniti di Bergamo, nella quale si sta cominciando a pensare a questa nuova sfida che coinvolgerà tutti i professionisti delle quattro terapie intensive (Cardiochirurgia, Neurochirurgia, Terapia Intensiva Adulti e Terapia Intensiva Pediatrica).

Presto Bergamo vivrà, a più di 70 anni dall'esistenza degli Ospedali Riuniti, una nuova sfida: il trasloco dell'intera Azienda in una nuova struttura ad alta tecnologia, l'Ospedale Papa Giovanni XXIII. Il Nuovo Ospedale vedrà ampliate e diversamente strutturate le quattro terapie intensive che, diversamente da come sono ora, saranno una adiacente all'altra e quindi in stretto contatto. Agli infermieri verrà chiesto di collaborare, di condividere non solo le conoscenze, ma soprattutto le competenze. Sarà a questi stessi infermieri che verrà chiesta comunque e sempre la responsabilità della presa in carico del paziente, ma che per rispondere ai bisogni della persona assistita si avvaleranno di questa nuova figura. Tutto ciò permetterà a cia-

8

“L'OPERATORE SOCIO SANITARIO IN TERAPIA INTENSIVA: IPOTESI ORGANIZZATIVA”

scuno di loro di dedicare più tempo ad attività proprie della professione infermieristica e sempre meno tempo ad attività improprie.

L'impatto assistenziale con il paziente di terapia intensiva è impegnativo e difficile, proprio per la situazione in cui si trova sotto l'aspetto fisiopatologico, ambientale, psicologico, di isolamento. La gestione infermieristica di questi pazienti è molto delicata e multi sfaccettata: è immersa nella complessità in tutti i suoi campi d'azione. Criticità, instabilità e intensività sono elementi fondamentali e distintivi dell'assistenza in area critica. Qui l'infermiere raggiunge il risultato del suo assumersi la responsabilità, di garantire al malato globalità di approccio alla persona in situazione di criticità e del saper ricondurre ad unità le differenze e gli interventi molteplici.

Lavorare in un ambiente di criticità/intensività assistenziale richiede professionalità e competenza di elevato livello. Tuttavia, se si abbassa lo sguardo e si verificano gli atti che ogni giorno occupano parte del tempo degli infermieri, si trovano azioni molto meno eroiche, modeste abilità tecniche di cui chiunque, con un po' di pratica, potrebbe impadronirsi.

Se gli "atti tecnici semplici" per i quali gli infermieri utilizzano parte del loro tempo fossero eseguiti da personale a più basso livello di professionalità, gli infermieri potrebbero dedicare maggior attenzione ai problemi complessi del paziente e dell'unità operativa dove operano.

L'assistenza infermieristica in area critica è perizia, rapidità, alta competenza tecnica, ma anche e soprattutto capacità di analisi assistenziale, di pianificazione, di decisio-

ne e presa in carico olistica della persona. E'preferibile ipotizzare quindi l'inserimento di "altri" operatori e diversificare le competenze dell'equipe, piuttosto che consolidare un'assistenza infermieristica in cui il ruolo dell'infermiere non si espliciti nella presa in carico completa della persona assistita e in cui l'infermiere stesso non sia capace di rendere unico il suo intervento differenziandolo da quello di altri operatori.

Per l'infermiere di oggi si rende quindi necessaria una ridefinizione del ruolo proprio dell'assistenza infermieristica e una riflessione sull'appropriatezza dell'assistenza erogata. Oggi, più di prima, l'infermiere deve progettare, elaborare, ricercare, scegliere gli interventi più appropriati per quel paziente. E' qui che risiede l'obiettivo principale dell'inserimento degli operatori di supporto nelle terapie intensive ovvero quello di migliorare le prestazioni.

Nonostante sia innegabile che gli infermieri manchino, il progetto di inserimento dell'Operatore Socio Sanitario in area critica non può condurre alla sostituzione degli infermieri con queste figure poiché, non solo l'ambito è specifico, ma molto stretta è la relazione fra outcome e ore infermieristiche lavorate¹.

Un progetto di questo tipo permetterà quindi di:

- ottimizzare l'impiego della risorsa infermieristica;
- migliorare le prestazioni infermieristiche attraverso una riorganizzazione dell'attività assistenziale;
- offrire agli infermieri un'opportunità per costruire percorsi logici e strutturati di risposta ai bisogni della persona;

“L'OPERATORE SOCIO SANITARIO IN TERAPIA INTENSIVA: IPOTESI ORGANIZZATIVA”

9

- far apprendere al personale infermieristico il contenuto della trasferibilità delle mansioni, allo scopo di utilizzare al meglio la pianificazione assistenziale e le figure di supporto.

L'infermiere rimane comunque e sempre responsabile dell'assistenza infermieristica. Il **“processo di assistenza infermieristica”** rappresenta l'elemento che caratterizza la peculiarità infermieristica e l'elemento di maggior qualificazione ed espressione della propria professionalità. E' quindi fondamentale sottolineare che nel processo di attribuzione delle attività al personale di supporto l'infermiere non trasferisce:

- la responsabilità sull'intero processo di assistenza;
- la responsabilità insita “nell'avvalersi ove necessario” dell'operatore di supporto;
- il potere (competenza e responsabilità) decisionale;

la supervisione dell'azione.

Il modello organizzativo assistenziale di infermiere unico e responsabile, gestore ed erogatore in prima persona di tutte le prestazioni assistenziali necessarie per il paziente, diventa difficile da sostenere per la limitazione delle risorse economiche in ambito sanitario e l'intenzione di fornire un'assistenza di qualità efficace ed efficiente viene disattesa. Dovranno essere introdotti altri sistemi assistenziali e il “delegare”, inteso come il trasferire la responsabilità dello svolgimento di una attività mantenendone la responsabilità del risultato finale², farà sempre più parte dell'attività dell'infermiere.

L'inserimento dell'Operatore Socio Sanitario può avere il massimo successo se si

basa su un progetto ad hoc; non solo, può diventare un'importante occasione di aggiornamento per gli infermieri e li deve condurre a considerare questa nuova figura come una risorsa da valorizzare.

Un'efficace integrazione fra l'infermiere e il personale di supporto, risulta tale solo se:

- vi è rispetto reciproco delle diverse competenze;
- vi è piena assunzione, da ambo le parti, delle responsabilità che effettivamente competono;
- vi sono aspettative personali e professionali realistiche e traducibili nel contesto in cui si opera;
- esistono indicazioni organizzative chiare e non conflittuali.

La metodologia dell'inserimento prevede tre tappe fondamentali:

- 1) la revisione dei modelli organizzativi, percorso che deve condurre alla definizione di un modello che consente sia di suddividere gli interventi assistenziali, gestiti fin ora dall'infermiere, fra le due diverse figure con formazione, responsabilità e competenze diverse, sia di integrare gli interventi delle due figure orientandoli verso obiettivi comuni;
- 2) l'utilizzo dei sistemi di governo assistenziale, che permettano di progettare un sistema di pianificazione assistenziale condiviso dall'intera équipe assistenziale che sia espressione sia di professionalità che di integrazione;
- 3) l'utilizzo di strumenti per l'attribuzione delle attività, che permettano la definizione delle responsabilità e delle competenze degli operatori coinvolti nell'esecuzione di ogni singola procedura (chi fa cosa e chi ne è responsabile).

10 "L'OPERATORE SOCIO SANITARIO IN TERAPIE INTENSIVE: IPOTESI ORGANIZZATIVA"

Prima di pensare ad un progetto di inserimento dell'Operatore Socio Sanitario nelle terapie intensive degli Ospedali Riuniti di Bergamo ho ritenuto fondamentale svolgere un'indagine il cui obiettivo principale fosse quello di evidenziare quale fosse la percezione degli infermieri delle aree critiche di questa Azienda rispetto all'ingresso di questa nuova figura nella propria Unità Operativa.

L'indagine si è sviluppata intorno a quattro precisi obiettivi:

- indagare il grado di conoscenza degli infermieri delle terapie intensive dell'Operatore Socio Sanitario, del suo profilo e delle sue competenze;
- analizzare il livello di consapevolezza degli infermieri delle terapie intensive rispetto all'appropriatezza delle attività che svolgono;
- definire quali potrebbero essere gli strumenti di attribuzione delle attività assistenziali al personale di supporto;
- cercare di individuare quanto un percorso di inserimento coinvolgerebbe il personale infermieristico ed a quale livello.

L'indagine è stata condotta con un questionario (allegato1) che permettesse di fotografare la situazione attuale e di raggiungere gli obiettivi sopra citati. Al questionario, anonimo, hanno risposto 119 infermieri su 134 (89%).

Grazie a questo strumento ho potuto elaborare una serie di dati che mi hanno permesso di giungere a chiare considerazioni rispetto al contesto attuale.

E' fondamentale, prima di entrare in merito ai risultati dei questionari, fare una premessa riguardo all'organizzazione di una delle quattro terapie intensive: la Neuro-

chirurgia, Unità Operativa costituita da Terapia Intensiva e Terapia Subintensiva. Qui, infatti, come si potrà vedere, il livello di conoscenza degli infermieri riguardo alla figura dell'Operatore Socio Sanitario e la loro percezione rispetto ad un eventuale progetto di inserimento sono molto diversi rispetto a quelli dell'intero gruppo infermieristico e ciò è dovuto alla presenza di questa figura nella sezione di subintensiva dove tutto il personale infermieristico indistintamente, a rotazione, lavora.

Qui di seguito propongo i grafici rappresentativi dei dati ricavati dalle risposte alle domande a mio avviso più significative.

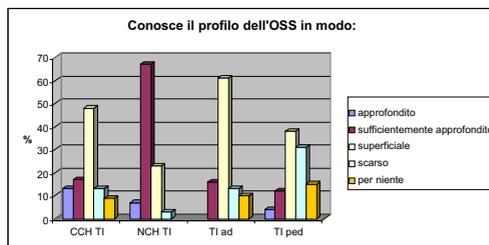


Figura I

Come si può osservare nella figura I, la maggior parte degli infermieri ha una conoscenza del profilo dell'Operatore Socio Sanitario ad un livello superficiale, con una buona percentuale di conoscenze scarse o nulle nell'Unità Operativa di Terapia Intensiva Pediatrica. Ciò che si evidenzia in Neurochirurgia Terapia Intensiva è un livello sufficientemente approfondito di conoscenza della figura dell'Operatore Socio Sanitario, qui infatti, come già anticipato, buona parte degli infermieri hanno già partecipato ad un percorso formativo che li preparasse all'inserimento dell'operatore in Subintensiva.

“L'OPERATORE SOCIO SANITARIO IN TERAPIA INTENSIVA: IPOTESI ORGANIZZATIVA”

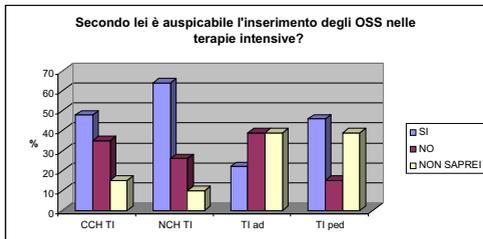


Figura II

Figura II

La risposta a questa domanda è molto varia anche se è evidente (figura II) che la maggior parte di tutti gli infermieri è felice di questo cambiamento, tuttavia vi è anche un discreto numero di infermieri che non lo è in Cardiochirurgia e in Terapia Intensiva Adulti.

È in quest'ultima che si registra il numero più ridotto di infermieri favorevoli all'inserimento. Non è trascurabile anche il numero di infermieri che non sa cosa rispondere in Terapia Intensiva Adulti e Pediatrica, dove infatti vi è la più alta percentuale di coloro che hanno un livello scarso di conoscenze dell'operatore, del suo profilo e delle sue competenze.

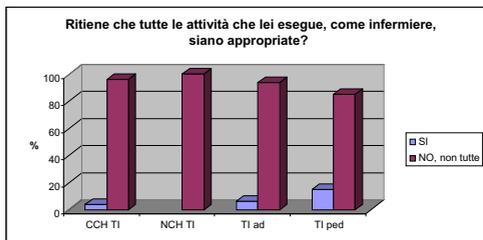


Figura III

A mio avviso questo è il grafico che meglio chiarisce come oggi si sentono gli in-

fermieri. Se si osserva la figura III, infatti, si può affermare che quasi la totalità degli infermieri ritiene che non tutte le attività che esegue siano appropriate.

A completamento di questa domanda ho presentato una domanda aperta in cui ogni infermiere potesse descrivere le attività che riteneva inappropriate. Le risposte a questa domanda, il confronto con altre due realtà e l'accurata analisi della normativa, mi hanno permesso di elaborare un "Piano di attività" proponibile per le quattro Terapie Intensive.

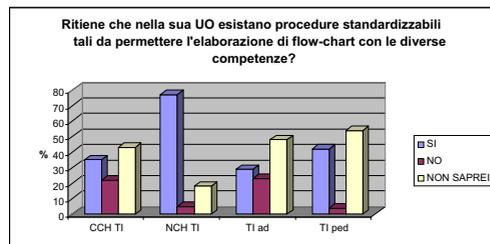


Figura IV

La maggior parte di tutti gli infermieri ritiene che vi siano procedure standardizzabili che permetterebbero l'elaborazione di flow-chart con le diverse competenze. Questo dato è però influenzato dalla percentuale elevata di risposte positive in Neurochirurgia dove esistono già procedure e flow-chart con l'indicazione delle attività attribuibili all'Operatore Socio Sanitario. Là dove questa figura non è conosciuta non è possibile rispondere in modo affermativo alla domanda, da qui l'elevata percentuale di risposte dubbie (figura IV). Tutte queste risposte dubbie rappresentano a mio avviso il substrato culturale su cui far leva in un percorso formativo che

12 "L'OPERATORE SOCIO SANITARIO IN TERAPIA INTENSIVA: IPOTESI ORGANIZZATIVA"

conduca all'approfondimento di questo argomento.

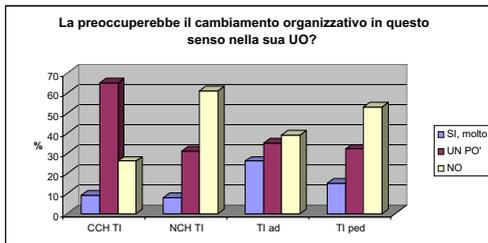


Figura V

In linea di massima gli infermieri non sono, o comunque lo sono poco, preoccupati del cambiamento organizzativo che si verificherebbe con l'inserimento dell'Operatore Socio Sanitario nella propria Unità Operativa.

Non è tuttavia trascurabile il numero (sopra la media) di infermieri che in Terapia Intensiva Adulti sarebbe molto preoccupato (figura V), è qui infatti che, come visto, vi è il numero maggiore di infermieri che non vorrebbe l'operatore nella propria Unità Operativa (vedi figura II). Basta anche solo l'analisi dei dati qui sopra presentati per poter affermare che l'indagine ha confermato l'ipotesi: il livello di conoscenza dell'Operatore Socio Sanitario fra gli infermieri delle terapie intensive è scarso e disomogeneo. Tuttavia non è trascurabile un altro dato a mio avviso fondamentale: questi stessi infermieri, proprio perché convinti di svolgere molte attività improprie, non sono spaventati dal progetto, si metterebbero in discussione e sarebbero disposti a cambiare e persino a partecipare ad un eventuale percorso formativo di inserimento (figura VI).

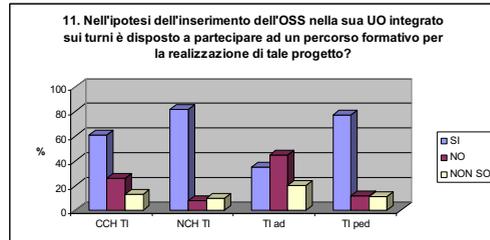


Figura VI

Oggi sempre di più si raccoglie malcontento nelle opinioni degli infermieri circa la quantità del lavoro da dover svolgere a scapito della qualità. Questo è un problema molto sentito nelle terapie intensive dove numerose sono le attività da compiere al letto di ciascun paziente e al fianco di apparecchiature sempre più numerose e complesse, tali da esporre in misura sempre maggiore il personale a possibili errori.

La misura del carico di lavoro infermieristico nelle terapie intensive, rilevata sia dal rapporto fra indici di attività e timbrature del personale, sia attraverso l'utilizzo di una scheda specifica per le aree critiche (scheda NEMS) ha permesso, e ancora oggi sta permettendo, di conoscere il costo dell'assistenza erogata e di saper organizzare le risorse di cui ogni struttura dispone in modo appropriato in merito ad efficacia ed efficienza.

La rilevazione sistematica del carico di lavoro è diventata, oltre che un obbligo normativo, anche un'esigenza da tempo avvertita da tutta la professione per rispondere in modo efficiente sia ai reali bisogni del cittadino/utente sia all'organizzazione sanitaria. Il gruppo infermieristico, nei suoi diversi livelli, è alla ricerca di giudizi sull'attività assistenziale che siano basati su criteri di valutazione accettati, riconosciuti e oggettivi.

“L'OPERATORE SOCIO SANITARIO IN TERAPIA INTENSIVA: IPOTESI ORGANIZZATIVA”

Il progetto di inserimento deve condurre al recupero dei tempi di lavoro infermieristici attraverso la redistribuzione delle attività indirizzando gli infermieri a riappropriarsi delle attività di competenza, garantendo, nonostante la situazione di carenza delle risorse infermieristiche, un miglioramento della qualità assistenziale e della motivazione degli infermieri.

Alla luce delle considerazioni fatte fino ad ora ho infine ipotizzato un progetto di inserimento per le aree critiche.

Il progetto da me proposto sarà realizzato nel Dipartimento di Anestesia e Rianimazione degli Ospedali Riuniti di Bergamo che vedrà, col trasferimento nel Nuovo Ospedale, tutte e quattro le terapie intensive dislocate in un'unica piastra, adiacenti una all'altra. L'area critica sarà unica indipendentemente dalle specialità, avrà un'organizzazione centrale pur mantenendo strutture modulari fisicamente differenziate e potenzialmente autonome.

L'attenta analisi dei risultati dell'indagine conoscitiva, che ha evidenziato l'esigenza di un coinvolgimento ad ampio spettro degli infermieri delle terapie intensive, mi ha permesso di poter ipotizzare un progetto articolato in quattro fasi ben precise:

- 1) la fase preliminare, con presentazione del progetto a tutto il personale coinvolto, creazione di un gruppo di lavoro dipartimentale che analizzi tutte le attività (attribuibili e non) ed elabori gli strumenti operativi, scelta degli infermieri tutor e presentazione a tutti gli infermieri dei piani di lavoro e degli strumenti operativi elaborati;
- 2) la fase di orientamento, in cui l'operatore conosce la Terapia Intensiva in cui sarà inserito (struttura, organizzazione, organigramma);

3) la fase dell'inserimento, che prevede l'affiancamento in cui in cui l'Operatore Socio Sanitario osserva e collabora nelle attività di assistenza diretta/indiretta/di supporto svolte dall'infermiere tutor che, a sua volta, gli illustra quelle di sua competenza e l'addestramento di cui responsabile è ancora l'infermiere tutor che valuta le conoscenze acquisite, la correttezza e l'appropriatezza delle prestazioni eseguite.

4) la fase della valutazione che prevede la valutazione a distanza in merito a:

- perseguimento degli obiettivi identificati;
- effetti prodotti dalla redistribuzione delle attività sull'assistenza infermieristica, valutabili ad esempio con la somministrazione a distanza di un ulteriore questionario per tutti gli infermieri;
- criticità rilevate, anch'esse identificabili con un questionario o con segnalazioni raccolte dal personale;
- impatto prodotto dal cambiamento, ad esempio con l'analisi degli indicatori di qualità per le terapie intensive (Infezioni dei Cateteri Venosi Centrali, Polmoniti da Ventilazione Assistita, ...) che come visto hanno una stretta relazione con l'assistenza infermieristica erogata;
- ridefinizione dei piani di lavoro in quanto, alla luce delle variabili organizzative e delle sempre più nuove richieste assistenziali, dovrebbero essere rivisti costantemente.

A completamento di questo progetto, dopo un'attenta analisi della normativa regionale, il confronto con altre due terapie intensive che hanno già realizzato questo progetto (Terapia Intensiva Polifunzionale della Poliambulanza di Brescia e Cardiochirurgia Terapia Intensiva dell'Ospedale Sant'Orsola Malpighi di Bologna) e in base alla mia

14 "L'OPERATORE SOCIO SANITARIO IN TERAPIA INTENSIVA: IPOTESI ORGANIZZATIVA"

esperienza di lavoro in area critica, ho cercato di elaborare un "Piano delle attività" che esplicitasse gli ambiti in cui l'Operatore Socio Sanitario potesse operare, cooperare e collaborare. Ho pensato ad un piano di attività che contenesse non solo le abilità implicate per l'operatore, ma anche le conoscenze specifiche che a mio avviso dovrebbe approfondire qualora venga inserito in un'area critica. Per questo motivo sarebbe auspicabile, a mio avviso, un corso di formazione per l'Operatore Socio Sanitario con lezioni teoriche e pratiche tenute dal Coordinatore e/o dagli infermieri tutor, che abbiano come obiettivi:

- fornire conoscenze generali relative al paziente critico;
- fornire conoscenze generali relative alla tipologia del paziente che affrisce all'Unità Operativa;
- fornire conoscenze per riconoscere ed individuare situazioni di rischio;
- fornire conoscenze generali rispetto alle apparecchiature e ai presidi utilizzati nell'Unità Operativa.

Non è possibile sapere a priori se un progetto come questo avrà successo o meno, tuttavia credo che la più grande risorsa che ognuno di noi ha e che lo renderebbe vincente, sia proprio il contributo di tutti.

Nell'ambito dell'intensività gli infermieri svolgono attività talvolta molto pesanti e di grandissima responsabilità. Non è semplice essere infermiere in area critica, si rischia il tecnicismo, la meccanicità, si rischia di scordare la soggettività della persona assistita. L'infermiere deve essere in grado, pertanto, di comprendere ed analizzare ciò che sta succedendo per scegliere, ovvero per definire la priorità di esecuzione di manovre in relazione alla specificità infermieristica e per defini-

re le possibilità di demandare agli operatori di supporto di quelle attività che lo distolgono dal suo mandato principale.

Il progetto di inserimento dell'Operatore Socio Sanitario in area critica deve condurre proprio a questo: a sollevare gli infermieri dall'esecuzione di attività improprie affidabili ad operatori di supporto, con conseguente opportunità di appropriarsi in modo definitivo dello specifico ruolo professionale, avendo una maggior possibilità di dedicarsi a garantire un'assistenza infermieristica personalizzata, migliorandone nel contempo la qualità.

Credo che, per poter implementare il progetto di inserimento, anche per noi, infermieri delle terapie intensive degli Ospedali Riuniti di Bergamo, siano proprio il coinvolgimento e la formazione il punto di partenza. E' fondamentale che ognuno di noi conosca in modo approfondito questa nuova figura, che capisca come valorizzarla, ma che soprattutto la percepisca come una vera risorsa.

Quasi la maggioranza del gruppo infermieristico non conosce l'Operatore Socio Sanitario, non è certa dell'appropriatezza di molte attività che svolge, sente di non aver a disposizione strumenti sufficienti in supporto ad un eventuale individuazione degli ambiti di lavoro di questa nuova figura; tuttavia questa stessa maggioranza come visto è disposta a mettersi in gioco, a cambiare, a migliorare ... e, a mio avviso, questo non è poco!

Un grazie particolare ad ognuno di loro per il loro prezioso contributo.

1 Health Resources and Services Administration. Hospital Nurse Staffing and Quality of Care. March 2004.

2 Health Resources and Services Administration. Nurse Staffing and Quality of Patient Care. March 2007.

3 American Nurses Association, 1995.

"L'OPERATORE SOCIO SANITARIO IN TERAPIA INTENSIVA: IPOTESI ORGANIZZATIVA"

ALLEGATO 1

QUESTIONARIO PER GLI INFERMIERI DELLE TERAPIE INTENSIVE

• Unità operativa:

• Anzianità lavorativa in Area Critica (in anni):

1. Conosce la figura dell'OSS in modo:

- approfondito
 sufficientemente approfondito
 superficiale
 scarso
 per niente

2. Conosce il profilo dell'OSS in modo:

- approfondito
 sufficientemente approfondito
 superficiale
 scarso
 per niente

3. Conosce le competenze dell'OSS in modo:

- approfondito
 sufficientemente approfondito
 superficiale
 scarso
 per niente

5. E' a conoscenza dell'esistenza di un protocollo aziendale per l'inserimento della figura dell'OSS?

- SI NO

Se SI ne ha preso visione?

- SI NO

6. Ritiene che ci siano importanti differenze fra l'ausiliario e l'OSS?

- SI NO NON SO

Se SI quali?

7. Le è capitato di discutere con i suoi colleghi della possibilità di inserire gli OSS nella sua UO integrati sui turni ?

- SI NO

8. Secondo lei è auspicabile l'inserimento degli OSS nelle terapie intensive?

- SI NO NON SAPREI

9. Ritiene che tutte le attività che lei esegue, come infermiere, siano appropriate?

- SI NO, non tutte

Se NO a quale ambito appartengono e a chi "delegherebbe" le attività che ritiene inappropriate, se ritiene faccia anche degli esempi:

| AMBITO | ESEMPI DI ATTIVITA' | ESEMPI DI ATTIVITA' "DELEGABILI" | A CHI? <input type="checkbox"/> OSS <input type="checkbox"/> COORD <input type="checkbox"/> MEDICO <input type="checkbox"/> SEGRET. <input type="checkbox"/> ALTRO |
|--|---|----------------------------------|---|
| SANITARIO (processi di assistenza diretta e indiretta) | <ul style="list-style-type: none"> • Assistenza diretta (Igiene, alimentazione,...) • Utilizzo presidi • Diagnosi infermieristiche • Applicazione delle tecnologie • Preparazione esami • ... | | |

16 "L'OPERATORE SOCIO SANITARIO IN TERAPIA INTENSIVA: IPOTESI ORGANIZZATIVA"

| | | | |
|--|--|--|--|
| TECNICO (attività che richiedono abilità manuali più conoscenza teorica) | <ul style="list-style-type: none"> • Manovre invasive • Utilizzo apparecchiature altamente tecnologiche • ... | | |
| RELAZIONALE | <ul style="list-style-type: none"> • Informazioni all'accettazione • Sostegno parenti • Informazioni alla dimissione • ... | | |
| BUROCRATICO/AMMINISTRATIVO | <ul style="list-style-type: none"> • Movimento • Richieste centrale sterilizzazione • ... | | |
| DI SOSTEGNO (attività non sanitarie a sostegno del pz e del suo piano terapeutico) | <ul style="list-style-type: none"> • Attività di riordino • Attività alberghiere • Pulizia presidi • Trasporto del pz • ... | | |

10. Ritiene che nella sua UO esistano procedure standardizzabili tali da permettere l'elaborazione di flow-chart con le diverse competenze?

SI NO NON SAPREI

Se SI può indicarne almeno 3:

Se SI cosa la preoccuperebbe di più?

NOTE PERSONALI:

11. Ritiene che le linee guida e i protocolli attualmente presenti siano sufficienti per una buona integrazione fra il lavoro di un OSS ed il suo?

SI NO NON SAPREI

12. Nell'ipotesi dell'inserimento degli OSS nella sua UO integrato sui turni è disposto a partecipare ad un percorso formativo per la realizzazione di tale progetto?

SI NO NON SO

13. La preoccuperebbe il cambiamento organizzativo in questo senso nella sua UO ?

SI, molto UN PO' NO

BIBLIOGRAFIA

Atti XXII Congresso Nazionale ANIARTI. Criticità e intensività assistenziale. Bologna, Novembre 2003.

Benci, L. (2001). L'Operatore Socio Sanitario: autonomia, rapporti con i professionisti e responsabilità giuridica. Rivista di Diritto delle Professioni Sanitarie, 3, 219-228.

Bianchi, P., Cavaliere, B. (2003). Un possibile quadro organizzativo per l'integrazione delle figure di supporto all'assistenza. Management Infermieristico, 4, 11-16.

“L'OPERATORE SOCIO SANITARIO IN TERAPIA INTENSIVA: IPOTESI ORGANIZZATIVA”

Buerhaus, P.I., Staiger, D.O., Auerbach, D.I. (2003). Is the current shortage of hospital nurses ending? *Health Aff* , 22(6),191-198.

Calamandrei, C. (2001). L'inserimento del personale di supporto: una proposta di progetto. *Management Infermieristico*, 4.

Calamandrei, C., Orlandi, C. (1998). La dirigenza infermieristica manuale per la formazione dell'infermiere dirigente. McGraw-Hill: Milano.

D'Addio, L., Lipparini, L. (2003). Personale di supporto all'assistenza: risorsa o vincolo per l'infermiere? *Professioni Infermieristiche*, 56 (1), 40-45.

Destrebecq, A. (2000). Governare l'introduzione della figura di supporto in ospedale nell'ottica della valorizzazione dell'assistenza infermieristica. *Nursing Oggi*, 4, 9-10.

Health Resources and Services Administration. Hospital Nurse Staffing and Quality of Care. March 2004.

Health Resources and Services Administration. Nurse Staffing and Quality of Patient Care. March 2007.

Health Resources and Services Administration, Bureau of Health Professions, National Center for Health Workforce Analysis. Project supply, demand, and shortages for registered nurses: 2000-2020.

“L'infermiere si avvale dell'opera del personale di supporto” Linea Guida Collegi Provinciali IPASVI Regione Emilia Romagna, 2004.

Matarese, M. (2000). Infermieri, operatori di supporto e delega delle attività assistenziali: un campo nuovo di ricerca e formazione per l'infermiere del 2000. *Nursing Oggi*, 4, 5-9.

Moiset, C., Vanzetta, M., Vallicella F. (2003). MISURARE L'ASSISTENZA Un modello di sistema informativo della performance infermieristica. McGraw-Hill: Milano.

Needleman, J., Buerhaus, P., Matte, S., et al.(2001). Nurse-staffing levels and patient outcomes in hospitals. Final report for Health Resources and Services Administration. Contract No. 230-99-0021.2001. Harvard School of Public Health, Boston, MA.

Pagiusco, G., Padovan, M. (2004). Il modello di assistenza personalizzata e l'inserimento dell'operatore socio-sanitario. *Management Infermieristico*, 2, 19-27.

Pontello, G. (2002). Il management infermieristico. Organizzare e gestire i servizi infermieristici negli anni 2000. Ed. Masson: Milano.

Rega, M.L., Cristofori, E., Galletti, C., Vellone, E., Scelsi, S.

(2006) La rianimazione e la terapia intensiva aperta come esempio di umanizzazione dell'assistenza. *Scenario*, 23(1), 16-26.

Reis Miranda, D., Moreno, R., Iapichino, G.(1997). Nine Equivalent of Nursing Manpower use score (NEMS). *Intensive Care Med.*

Reis Miranda, D., Nap, R., De Rijk, A., Schaufeli, W., Iapichino, G. and the members of the TISS Work Group. *Nursing Activities Score*. (2003). *Crit Care Med* , 31(2).

Santullo, A.(2004). L'infermiere e le innovazioni in sanità. McGraw-Hill: Milano.

Silvestro, A. (2000). Le attività delegabili ad altre figure: la percezione degli infermieri. *Assistenza Infermieristica e Ricerca*, 19, 100-106.

***Andreina Scotti, Università Cattolica Del Sacro Cuore, Facoltà di Medicina e Chirurgia “A. Gemelli”- Roma, Master Universitario di Primo Livello in “Management Infermieristico per le Funzioni di Coordinamento”.**

RIFERIMENTI NORMATIVI

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

Legge del 26 febbraio 1999 n° 42. Disposizioni in materia di professioni sanitarie.

Legge del 10 agosto 2000 n° 251. Disciplina delle professioni infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione nonché della professione ostetrica.

Legge del 8 gennaio 2002 n°1. Conversione in legge, con modificazioni del Decreto Legge del 12 novembre 2001, n° 402, recante disposizioni urgenti in materia di personale sanitario.

Provvedimento della Conferenza Stato-Regioni del 22 febbraio 2001. Accordo tra il Ministero di Sanità, il Ministero della Solidarietà sociale e le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, per la individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'Operatore Socio Sanitario e per la definizione dell'ordinamento didattico dei corsi di formazione. (G.U. 19 aprile 2001, n° 91).

Delibera Giunta Regionale del 6 Luglio 2001 n° VII/5428. Individuazione della figura e del profilo dell'Operatore Socio Sanitario (OSS).

Delibera Giunta Regionale del 18 Luglio 2007 n° VIII/5101. Regolamentazione dei percorsi OSS (Operatore Socio Sanitario).

Pubblichiamo di seguito la nota giunta a tutti i Collegi d'Italia da parte della Presidente Nazionale in merito ad attività eseguibili dagli Operatori socio sanitari.

19 marzo 2008

Prot. 121/F-08

Compiti affidati agli "OSS"

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

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

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

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

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

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

**La Presidente
Annalisa Silvestro**



Le attività della Commissione Promozione Immagine Si avvicina la Festa della Ludoteca di Redona!

19

A cura di Marina Lanzi

Anche in quest'ultimo anno scolastico 2007/2008 non sono mancate le iniziative riguardanti la campagna di informazione sulla figura dell'Infermiere e il ruolo che esso ricopre nei vari ambiti sanitari. Ai bambini non sfugge nulla, e l'infermiere è una figura (non mitizzata quanto il medico...) di non secondaria importanza quando questi si trovano a ricorrere a cure ambulatoriali od ospedaliere.

Il 12 Marzo u.s. alcuni Colleghi hanno presentato la figura dell'Infermiere presso la Scuola Materna di Gandino, successivamente c'è stata la presentazione alla Scuola dell'Infanzia "S. Tomaso" e alla Scuola "Pensanti" di Alzano Lombardo.

L'Istituto Comprensivo di Cisano Bergamasco quale scuola secondaria di primo grado, presso la sede di Pontida, ha fatto da apripista verso alunni di età superiore rispetto a quella cui eravamo abituati ad approcciarci; ora stiamo preparando un programma ad

hoc per il prossimo anno scolastico 2008/2009.

Oltre a toccare l'argomento della scala dei bisogni di Maslow, di cui abbiamo un cartellone fantastico disegnato dal nostro collega Damiano Nembrini, abbiamo pensato di trattare anche argomenti di educazione alimentare con la "piramide alimentare" già collaudata durante l'ultimo "Lilliput". Pensiamo ad una scala dei bisogni "a cartoon" e approfitteremo ancora della collaborazione del nostro collega cartoonist; abbiamo comunque del materiale audiovisivo composto dai disegni fatti dai bambini su come loro vedono la figura dell'Infermiere. Le idee non mancano e alle Scuole Superiori il nostro collega Simone Jamoletti, formatosi ad un Corso promosso dalla Federazione Nazionale, ha presentato la figura dell'Infermiere e il percorso formativo odierno avvalendosi della collaborazione di un'allieva Infermiera; tutto questo funge da stimolo per quelli che diverranno i nostri futuri Colleghi.



20 *si avvicina la Festa della Ludoteca di Redona!*

Inutile dire che l'esperienza di Lilliput ci incoraggia ogni anno di più con nuove adesioni da parte di colleghi entusiasti di mettersi in gioco in questa inedita veste formativa per se stessi e per i bambini; quindi inoltra sin d'ora un invito a partecipare attivamente al prossimo Lilliput che si svolgerà alla fine di Aprile 2009.

Alla Ludoteca di Redona si sono svolti due incontri conoscitivi lo scorso febbraio, uno esclusivamente per i bimbi di scuola materna, uno aperto alle altre fasce di età che, nel caso dell'utenza della ludoteca, arrivavano agli 11 anni.

Il sodalizio ormai collaudato con la Ludoteca "Giocagulp" del Comune di Bergamo ci vede partecipi, da diversi anni, alle loro iniziative e quest'anno, in occasione della Festa annuale della Ludoteca, siamo stati invitati ad allestire un nostro angolo dedicato a "La magia dell'Infermiere" nell'ambito della Festa dal titolo "Fiabe, Miti, Leg-

gende e il mondo del Fantastico" di Sabato 6 Settembre dalle ore 15.00 alle ore 19.00.

Questa festa è un'occasione per incontrarsi, conoscersi, scambiarsi informazioni e anche promuovere la propria professione realizzando un dialogo strategico attraverso il gioco.

Allora, colleghi, freschi delle ferie trascorse, vi invito ad aderire alla giornata che si terrà presso il Parco di Redona negli orari citati in precedenza, scongiurando la pioggia con la quale ovviamente non si potrebbe svolgere la manifestazione; i vostri figli vi vedranno sotto una luce più propositiva e meno lamentosi delle avversità del sistema sanitario...!

Spero di avervi stimolato alla partecipazione e vi invito pertanto a contattare il Collegio lasciando recapito telefonico e nominativo.

Buone ferie, anche per noi si apre una nuova stagione ...



Indagine conoscitiva sul ruolo dell'Infermiere esperto nell'inserimento del principiante nelle Aziende Ospedaliere pubbliche lombarde

A cura di Viviana Valsecchi

Riassunto

L'inserimento in una nuova Unità Operativa (UO) può ripresentarsi più volte durante l'attività lavorativa di ciascun infermiere, e costituisce un momento critico. Lo scopo dell'indagine è descrivere come viene applicato il percorso d'inserimento nelle Aziende Ospedaliere (AO) pubbliche lombarde. È stato somministrato un questionario ai 29 Dirigenti Infermieristici (DI), ha risposto il 65,5%.

Nel 95% dei casi esiste un percorso d'inserimento documentato, che viene sempre applicato ma non in tutte le UO; tale percorso considera neo-assunti e infermieri in mobilità interna e si avvale principalmente di incontri orientativi, piano di addestramento e scheda di valutazione. Gli affiancatori possono essere uno (53%) o più (42%), sono scelti dal Coordinatore Infermieristico per le abilità didattiche e valutative, le doti umane e l'approfondita conoscenza dei meccanismi operativi dell'UO. Le funzioni loro affidate sono: accogliere e orientare il principiante nell'organizzazione, facilitare l'apprendimento sul campo e valutare. Solo alcuni sono preparati con corsi di formazione appositi.

I principali vantaggi riscontrati sono: la riduzione dei tempi per il raggiungimento dell'autonomia da parte dei principianti, l'acquisizione delle competenze necessarie all'assunzione di responsabilità e maggior senso di appartenenza all'equipe da parte degli stessi. Gli ostacoli riscontrati sono: difficoltà relative alla turnistica e insufficienza di risorse economiche ed umane.

Introduzione

L'inserimento in una nuova Unità Operativa o Servizio costituisce un momento professionalmente critico per ciascun infermiere: certamente un'occasione di crescita, ma anche di

cambiamento, adattamento e apprendimento. L'inserimento lavorativo è ricondotto ad attività di addestramento e considerato dalla Regione Lombardia, e non solo, tra le iniziative di formazione sul campo accreditate con il sistema ECM¹.

L'**obiettivo essenziale** dell'inserimento è quello di ottimizzare il periodo di apprendimento, riuscendo a formare nei tempi stabiliti un nuovo infermiere dell'unità operativa, responsabile e autonomo in tutte le attività. Se correttamente presidiato, comunque, è momento di crescita per tutti e permette di

- Socializzare col gruppo di lavoro di cui si farà parte: l'equipe.
- Acquisire la piena consapevolezza delle attività da svolgere, della propria professionalità e del contributo che essa può dare all'organizzazione dell'UO
- Fornire ai colleghi l'occasione per ripensare alle proprie modalità operative, verificarne le prove di efficacia e porle a confronto con quelle utilizzate dal nuovo arrivato.²

Si ha inoltre "il passaggio fondamentale del know-how collettivo dallo stato implicito a quello esplicito, così come da informale a formalizzato, da localizzato a diffuso"³.

Gli Autori evidenziano tra le cause di frustrazione durante l'inserimento la mancanza di supervisione e di feedback da parte degli infermieri esperti, in particolar modo per i neo-laureati alla loro prima esperienza lavorativa⁴. Si ha quindi la necessità di affiancare il principiante (ovvero, chi non ha avuto esperienza della situazione in cui opera, e non è in grado di affrontare le situazioni in modo globale e di comprenderle appieno, sia esso un neo-assunto o un infermiere in mobilità interna⁵) ad un infermiere esperto, formato ad hoc, che sia per lui modello e guida, facilitatore dell'apprendimento sul campo⁶.

22 Indagine conoscitiva sul ruolo dell'Infermiere esperto nell'inserimento del principiante nelle Aziende Ospedaliere pubbliche lombarde

Sta alla sensibilità dell'infermiere coordinatore la **scelta** di chi nell'unità operativa abbia le doti per diventare guida. Una questione delicata è l'accoppiamento di un determinato principiante con un determinato infermiere esperto: poiché si tratta di persone che dovranno lavorare insieme per settimane o per mesi, è opportuno che la scelta sia ben ponderata e fatta dal coordinatore infermieristico insieme agli affiancatori. I **requisiti** per un proficuo svolgimento della funzione di infermiere guida sono:

- una certa anzianità di lavoro (almeno due anni) nell'unità operativa;
- motivazione al cambiamento e all'avanzamento professionale;
- abilità didattiche e valutative;
- conoscenze teoriche approfondite sulla specialità;
- elevate doti umane, in particolare di equilibrio e di disponibilità, e capacità di valorizzare colleghi con diverso livello di professionalità e diverse attitudini;
- conoscenza approfondita dei meccanismi operativi dell'unità.

L'infermiere esperto deve essere in grado di informare, accogliere e orientare il principiante nella complessa operazione di lettura dell'organizzazione e di integrazione delle proprie caratteristiche con quelle dell'organizzazione stessa. Egli, inoltre, se vuole massimizzare i risultati dell'inserimento, deve aiutare il principiante a mettere in risalto le carenze, le difficoltà, i nodi critici dell'unità operativa. La **formazione** delle guide richiede un corso apposito, che dovrebbe prevedere temi quali l'analisi organizzativa, le relazioni interpersonali, la comunicazione, metodologie e tecniche didattiche.^{vii}

Zannini^{viii} definisce **tutor** chi "affianca un neoinserto e lo supporta nel processo di apprendimento dall'esperienza, lo aiuta a comprendere la cultura organizzativa e facilita la

sua integrazione in essa. Tutto ciò richiede un'accurata progettazione dell'attività di tutoring (analisi dei bisogni, identificazione delle opportunità di apprendimento, monitoraggio, valorizzazione delle conoscenze, definizione di ulteriori fonti di conoscenza, partecipazione alla valutazione) che, quando realizzata, può trasformare la relazione educativa in qualcosa di non solo più efficace, ma anche di più soddisfacente per chi vi prende parte. (...) La riflessione sull'esperienza (e quindi lo sviluppo di competenze) si gioca all'interno di una relazione caratterizzata da ascolto, comunicazione circolare, costante attenzione maieutica a porre le "domande giuste" prima ancora che cercare le "risposte giuste", flessibilità, creatività, finalizzazione, valutabilità, empatia, ossia all'interno di una relazione che rende possibile anche uno sviluppo psico-affettivo del discente".

La normativa e le evidenze disponibili sono utili nel guidare la formulazione di percorsi di inserimento aziendali.

Lo scopo dell'indagine conoscitiva è descrivere come viene applicato il percorso d'inserimento nelle Aziende Ospedaliere pubbliche lombarde, nel presente articolo si proveranno a confrontarne i risultati con la letteratura di settore.

Materiali e metodi

Il 1° settembre 2007 sono stati inviati per via telematica i questionari semi-strutturati a tutti 29 i DI delle AO pubbliche lombarde, dopo aver preso accordi telefonici con gli stessi. 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 coordi-

Indagine conoscitiva sul ruolo dell'Infermiere esperto nell'inserimento del principiante nelle Aziende Ospedaliere pubbliche lombarde 23

namento", 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 realtà aziendale, ed erano costituiti da 19 domande, di cui 18 chiuse e 1 aperta. Le variabili riguardavano la presenza di percorsi d'inserimento documentati, la compliance degli stessi, le aree nelle quali l'inserimento viene maggiormente presidiato, le persone a cui è rivolto, le metodologie e gli strumenti utilizzati, l'affiancamento o meno ad un infermiere, i criteri di selezione degli affiancatori e documentazione degli stessi, la formazione degli affiancatori tramite appositi corsi intra o extra aziendali, il numero di affiancatori per ogni UO, funzioni e nomenclatura degli stessi, formalizzazione o meno del ruolo, presenza e tipo di incentivazione premiante per gli affiancatori, benefici e difficoltà riscontrate per l'attivazione del progetto di affiancamento, note osservazioni e commenti. I dati raccolti sono stati inseriti in un foglio elettronico Excel, per permetterne l'analisi descrittiva.

Risultati

Hanno risposto al questionario 19 DI (65,5%). Uno dei restanti rende noto che è impossibilitato a rispondere a causa delle difformità tra presidi della stessa AO.

Nel 94,7% delle AO esiste un percorso documentato per l'inserimento dei principianti, nell'unica AO in cui manca è recentemente stata costituita una commissione interna che si sta attivando per l'elaborazione dello stesso. Tale percorso viene sempre applicato, ma nel 21,1% dei casi solo in determinate UO/Service: le aree in cui l'inserimento viene maggiormente presidiato sono l'Area Critica (14), le Sale Operatorie (12) e la Dialisi (11) (domanda 3).

I soggetti presi in considerazione dal percorso d'inserimento sono sia i neo-assunti sia gli infermieri che cambiano UO (94,7%), solo in un caso (5,3%) riguarda esclusivamente i neo-assunti.

Le modalità e gli strumenti che vengono maggiormente utilizzati sono incontro/i orientativo/i (17), il piano di addestramento (in cui vengono specificati strumenti, responsabilità, obiettivi e tempi previsti per il raggiungimento degli stessi) (16) e la scheda di valutazione (16) (cfr. domanda 5).

Durante l'inserimento è previsto l'affiancamento ad un unico infermiere nel 52,6% dei casi (10), a più infermieri nel 42,1% (8), e al Coordinatore Infermieristico (CI) nel 5,3% (1). Gli affiancatori sono scelti dal CI (9) per le abilità didattiche e valutative (11), le doti umane: equilibrio, disponibilità, capacità di valorizzare i colleghi e le diverse attitudini (8) e l'approfondita conoscenza dei meccanismi operativi dell'UO (7) (domanda 7). I criteri di selezione degli affiancatori non sono però quasi mai documentati (78%). Per ogni UO sono previsti solitamente 2 (26,3%) o 3 (21%) affiancatori, ma solo alcuni hanno avuto l'opportunità di frequentare corsi di formazione appositi (45%), il 33% delle AO non ha formato nessuno, mentre il 22% ha garantito la frequenza a tutti (domanda 9).

I DI indagati sostengono che le principali funzioni dell'infermiere che affianca il principiante (chiamato tutor nel 55% dei casi) sono: accogliere e orientare il principiante nell'organizzazione (10), facilitare l'apprendimento sul campo (11) e valutare il grado di raggiungimento degli obiettivi (10) (domanda 11).

Generalmente non è prevista una formalizzazione del ruolo (66%), qualora esista (28%) è solitamente associata a un'incentivazione premiante (80%) che consiste nel riconoscimento della responsabilità nel processo d'inserimen-

24 Indagine conoscitiva sul ruolo dell'Infermiere esperto nell'inserimento del principiante nelle Aziende Ospedaliere pubbliche lombarde

to con l'apposizione della firma in calce alla valutazione del principiante (4), nell'attribuzione di crediti formativi ECM (2), o più raramente (1) con il riconoscimento economico.

I principali vantaggi riscontrati grazie all'affiancamento sono la riduzione dei tempi per il raggiungimento dell'autonomia da parte dei principianti (13), l'acquisizione delle competenze necessarie all'assunzione di responsabilità (12) e maggior senso di appartenenza all'equipe da parte degli stessi (9) (domanda 16). Gli ostacoli riscontrati nell'attivare il progetto sono: difficoltà relative alla turistica (11), insufficienza di risorse economiche ed umane (9) e l'eccessivo turn-over di personale in alcune UO (6) (domanda 17).

Discussione

L'indagine conoscitiva ha evidenziato come in Lombardia ci sia un'ampia aderenza alle raccomandazioni legislative in merito alla presenza di una documentazione scritta del percorso di inserimento degli infermieri^x.

Risulta inaspettata la scarsa considerazione prestata al questionario di valutazione delle potenzialità, utilizzato solo da 4 delle AO che hanno partecipato all'indagine. È comprovato infatti (cfr Calamandrei e Orlandi) come la raccolta di informazioni sul curriculum personale e professionale, e sulle aspirazioni lavorative del neoassunto, consenta di assegnarlo a una UO o un Servizio a lui adeguati, con maggiore coinvolgimento e motivazione da parte del professionista e maggiore capacità di trattamento in servizio da parte dell'AO.

Probabilmente questa mancanza rispecchia le difficoltà connesse all'assegnazione di personale in UO poco ambite e all'urgenza di reclutare/assegnare infermieri in caso di assenze improvvise. Si ritiene probabile, comunque, che il DI che abbia costituito uno schedario dei questionari di valutazione delle potenzialità

del personale che gestisce sia agevolato nella scelta delle unità da spostare in casi di trasferimenti d'ufficio urgenti, garantendo comunque la qualità del servizio e la soddisfazione del personale coinvolto.

L'affiancamento da parte di più infermieri può risultare positivo unicamente se i tutor ruotano in base alla fase che questi sono maggiormente in grado di presidiare^x, anche se nella realtà si ritiene prevedibile che sia una strategia per bypassare i problemi relativi alla turistica evidenziati dalla domanda 17; ciò potrebbe nuocere ad un rapporto tutor/tutee davvero costruttivo. Sorprende, inoltre, quell'unico caso in cui il principiante non viene affatto affiancato da un collega, ma fa riferimento unicamente al coordinatore. Tanto più che il CI non deve necessariamente essere il miglior infermiere nella specialità in cui opera, ma deve sicuramente avere ottime capacità manageriali.

Tra i criteri di selezione viene poco considerata l'auto-candidatura (2), ciò nonostante la resistenza degli infermieri a fungere da affiancatori non costituisce una criticità rilevante (cfr domanda 17). Questo sta a dimostrare che, al contrario delle mie aspettative, gli infermieri tutor non sentono la necessità della formalizzazione del loro ruolo (attualmente presente solo nel 28% delle AO indagate), nè di un riconoscimento economico per il loro operato. La disponibilità dei tutor rende merito ai CI delle AO pubbliche lombarde, che pur non raccogliendo le candidature hanno saputo arruolare per ricoprire tale ruolo gli infermieri più motivati; ne dà conferma l'assenza di conflitti nell'equipe infermieristica evidenziata dalla domanda 17, ciò nonostante i criteri di selezione degli infermieri affiancatori non siano documentati nella maggior parte dei casi (78%).

Nonostante le difficoltà, tutti i DI indagati risul-

Indagine conoscitiva sul ruolo dell'Infermiere esperto nell'inserimento del principiante nelle Aziende Ospedaliere pubbliche lombarde

tano soddisfatti dell'operato dei tutor, ciò traspare dalla domanda 16, in cui nessuno ha dichiarato di non trovare alcun vantaggio dall'affiancamento. È stato possibile ottenere i vantaggi sopra elencati nonostante la maggior parte degli affiancatori non abbia avuto la possibilità di frequentare dei corsi di formazione appositi. Da ciò, e da un confronto con la letteratura di settore, si può desumere che qualora tutti i tutor venissero preparati ad hoc i benefici riscontrabili grazie all'affiancamento aumenterebbero.

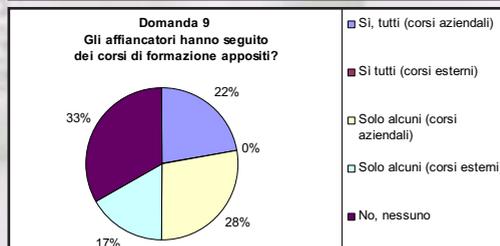
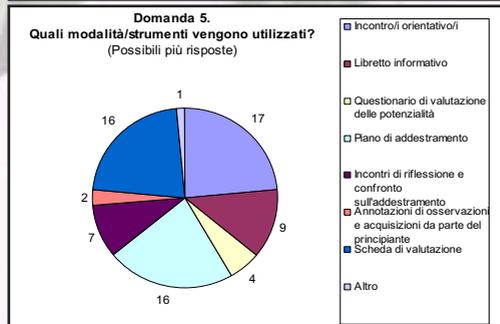
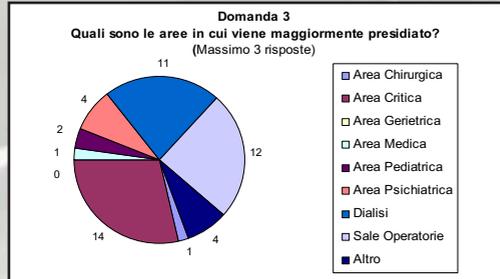
Conclusioni

L'indagine conoscitiva presentata ha il limite di non essere riuscita a coinvolgere un campione davvero rappresentativo, ma probabilmente il più sensibile all'argomento. Ciò nonostante sembra generalizzabile che nella realtà lombarda si rispettino, per lo più, le norme concernenti la documentazione del processo d'inserimento, anche attraverso la presenza dei piani di addestramento scritti; risulta evidente, altresì, come tale processo sia presidiato principalmente nelle Aree che richiedono pronte abilità a livello tecnico-pratico.

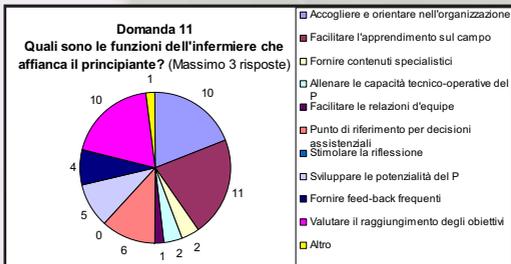
Appare chiaro che è necessario ancora parecchio lavoro per aderire in modo completo alle evidenze fornite dalla letteratura, ma già si sta camminando nella giusta direzione. È auspicabile che vengano attivati dei corsi di formazione per tutti gli infermieri affiancatori, che questi abbiano la possibilità di creare un rapporto di fiducia con il principiante a cui fanno da guida, e che si provveda alla formalizzazione del loro ruolo.

Sarebbe interessante fare un confronto con le altre realtà nazionali per poter cogliere il meglio di ogni esperienza e percorrere insieme la strada verso il traguardo.

Viviana Valsecchi
Infermiera Neo masterizzata in Management infermieristico per le funzioni di coordinamento

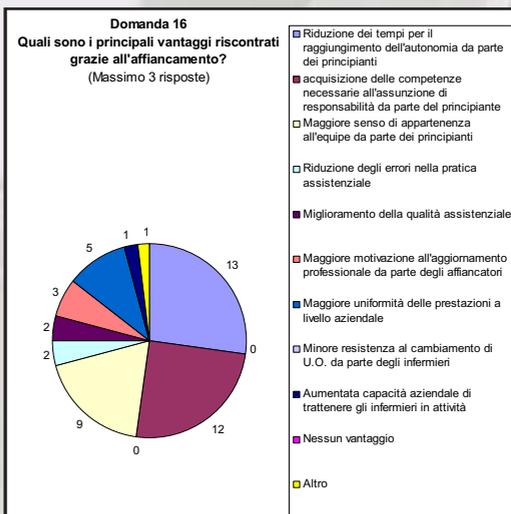


26 Indagine conoscitiva sul ruolo dell'Infermiere esperto nell'inserimento del principiante nelle Aziende Ospedaliere pubbliche lombarde



I D.G.R. n.18576 del 5 agosto 2004 "Linee di individuazione per l'attuazione del sistema ECM (Educazione Continua in Medicina) in Lombardia"

II Calamandrei C, Orlandi C, L'ingresso in azienda, ovvero il reclutamento, la selezione, l'accoglimento e l'inserimento del personale, in La dirigenza infermieristica. Milano: McGraw-Hill, 2° ed; 2002.

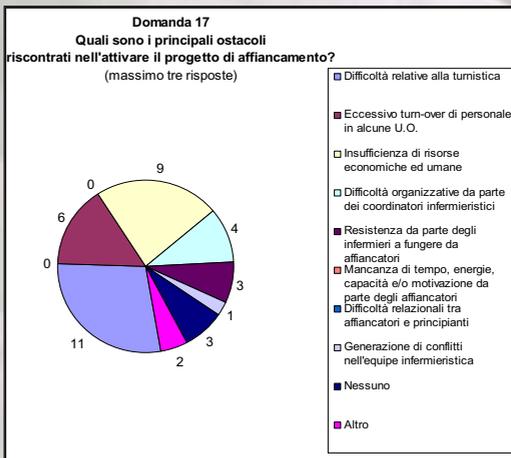


III Marenzi C. Apprendimento facilitato "during the job", in FOR 2003, 57:11-16

IV Cunicolo, Chininchiolo, Rigoni, Vallaperte. L'inserimento dei neolaureati nel mondo del lavoro. Assistenza Infermieristica e Ricerca. 2006; (25):88-91.

V Calamandrei C, D'Addio, Livelli di competenza, in Commentario al nuovo codice deontologico dell'infermiere. Milano: McGraw-Hill; 1999.

VI Marriner-Tomey A., Lo sviluppo del personale, in Management infermieristico. Milano: Sorbona; 1995



VII Calamandrei C, Orlandi C, opera citata.

VIII Zannini L. La tutorship nella formazione agli adulti, GueriniScientifica; 2005

IX D.P.R. 14 gennaio 1997 n 211; UNI EN ISO 9001 capitolo 6; Joint Commission International, SQE5. Programma triennale per l'implementazione del sistema di valutazione delle aziende sanitarie accreditate e del management delle aziende sanitarie pubbliche; 2004

X Calamandrei C, Orlandi C, opera citata.

“NURSE TRAINING IN MASS CASUALTY EVENT: UNA NUOVA OPPORTUNITA' NELLA FORMAZIONE DEGLI INFERMIERI ITALIANI”

a cura di **Angelo Agostini**

(Infermiere di Area Critica A.O. Bolognini di Seriate, ricercatore in ambito della medicina delle catastrofi).

Lo scorso 28,29 e 30 aprile 2008 ha avuto luogo a Tel Aviv, a cura dell'Ambasciata Italiana in Israele, l'**Italian Israeli Forum on Science and Technology**.

Tre giorni di incontri che hanno raccolto rappresentanti della ricerca, tecnologia e scienza che collaborano attivamente con progetti, partnership di ricerca ed industriali di entrambi i paesi. Cinque i temi che hanno caratterizzato le tre giornate nei diversi simposi:

- Technology Transfer;
- Emergency Medicine and Hepatology;
- Nanophotonics and Nanomaterials;
- Environmental Sciences;
- System Engineering and non Linear Dynamics.

L'apertura dei lavori ha visto il saluto dell'Ambasciatore Italiano in Israele S.E. de Bernardin, dell'addetto Scientifico e moderatore Stefano Boccaletti con successivi saluti ed introduzioni ai diversi temi del Prof. Beltrame, Presidente del Comitato Scientifico del Ministero delle Scienze ed Università, Dr. Michel Hivert, Managing Director del MANITOP del Ministero dell'Industria e del Commercio Israeliano, Dr. Ilana Lowi Direttore delle Relazioni Internazionali del Ministero della Scienza Cultura e Sport di Israele, Prof. Patrizio Bianchi Presidente della Conferenza dei Rettori delle Università Italiane, Prof. Piero Di Porto Direttore degli affari Internazionali dell'ENEA e Prof. Giancarlo Righini Direttore del Dipartimento di Fisica del CNR.

In questo ambito ha avuto luogo la firma di un **Memorandum of Understanding** fra l'Israel National Center for Trauma and Emergency Research - Gertner Institute for Epidemiology and Health and Policy Research, the Chaim Sheba Medical Center e il Collegio IPASVI di Bergamo.

L'accordo ha come oggetto la collaborazione reciproca sul progetto **“Mass Casualty Management for Nurses”**.

Il documento ha visto la firma dei direttori del **Gertner Institute, Mordechai Dr Shani**, del Direttore **Israeli National Center for Trauma and Emergency Research, Dr. Kobi Peleg**, del Direttore Generale dello **Chaim**

Sheba Medical Center (il più grande ospedale di Israele), **Dr. A. Shamiss e Dvora Hertz**, Responsabile Infermieristico del Dipartimento d'Emergenza dello stesso ospedale.

Per parte italiana l'accordo è stato siglato da **Beatrice Mazzoleni, Presidente del Collegio IPASVI di Bergamo e Angelo Agostini**, coordinatore **MCI Courses for Nurses in Israel**.

Oggetto dell'intesa: **la formazione di Infermieri Italiani relativamente ad eventi che comportano un massiccio afflusso di feriti fino ad eventi di massa con particolare riferimento ad attacchi terroristici**.

Tale memorandum ha lo scopo dichiarato di promuovere un pragmatico ed efficace approccio a queste tematiche.

Nel 2005 e nel 2007 sono stati realizzati presso lo Chaim Sheba Medical Center di Tel Aviv **2 corsi** basi e dal 25 ottobre al 5 novembre p.v. si svolgerà il terzo.

Da parte Israeliana, a partire dal prossimo anno, verranno garantiti un Corso Base con cadenza annuale ed un Corso Avanzato a cadenza triennale.

I corsi si rivolgono ad Infermieri ed Infermieri Coordinatori che operano in ambito ospedaliero con consolidata esperienza in ambito traumatico, minimo 3/5 anni di attività in Pronto Soccorso/Dipartimento d'Emergenza, Area Critica, Reparti Chirurgici ed Infermieri di 118 coinvolti nella stesura e/o miglioramento dei piani di massiccio afflusso di feriti (PEIMAF) e/o nell'integrazione dei piani territoriali-ospedalieri, con una buona conoscenza dell'inglese.

Grazie al Memorandum firmato viene di fatto garantita una continuità formativa negli anni a venire.

Per la prima volta un Collegio degli Infermieri Italiano riesce a formalizzare un accordo internazionale in un ambito così specifico e di estrema rilevanza, garantendo un'ampia possibilità di collaborazione e lasciando aperti nuovi ambiti di sviluppo.

Il Collegio IPASVI di Bergamo è stato quindi accreditato quale interlocutore affidabile e privilegiato da alcuni fra i centri di eccellenza della Sanità Israeliana.



28 "NURSE TRAINING IN MASS CASUALTY EVENT: UNA NUOVA OPPORTUNITA' NELLA FORMAZIONE DEGLI INFERMIERI ITALIANI"

| | | |
|---|---|--|
| COLLEGIO I.P.A.S.V.I. PROVINCIA DI BERGAMO - 5 MAG 2008 Prot. n. 7331/08 Cat. 2 Cl. A. Forc. | | |
|  The Gertner Institute for Epidemiology and Health Policy Research Affiliated to the Tel-Aviv University Sackler Faculty of Medicine Tel Hashomer Israel |  Collegio IPASVI Bergamo Italy |  The Chaim Sheba Medical Center Tel Hashomer Israel |
| Memorandum of Understanding Between and Sheba Medical Center - Israel National Center for Trauma and Emergency Medicine Research - Gertner Institute With the support of Italian Embassy in Israel Scientific Office | | |
| <p>This Memorandum of Understanding ("MOU") dated April 28th, 2008 is intended to document the intentions of Collegio IPASVI, State Registered Nurse Association of Bergamo (Italy), with offices located in Bergamo via Borgo Palazzo 81 and The Israel National Center for Trauma and Emergency Research – Gertner Institute, and Sheba Medical Center, to work together in collaboration on project "Mass Casualty Management for Nurses".</p> | | |
| <p>Whereas Sheba Medical Center and Israel National Center for Trauma and Emergency Research are the leading and most experienced Hospital and Research Center in Mass Casualty Management in Israel, and continue to demonstrate excellence in development of strategies to reduce morbidity and mortality resulting from mass casualty event .</p> | | |
| <p>Goals and Commitments</p> <ul style="list-style-type: none"> - Support Italian State Registered Nurse with data, lessons, table top, drills , discussion, about terror and terror related injuries - To give information about National trauma system, definition of mass casualty principles, National preparedness , Hospital preparedness - Nurse function in Mass casualty and Decision making - Communications, Information Center, EMS , Characteristics of terror victims - To promote a pragmatic , effective and a multidisciplinary approach to this relevant field. | | |
| <p>By entering into this MOU Collegio IPASVI agree to :</p> <ul style="list-style-type: none"> - guarantee the presence of 15/20 students, State Registered Nurse, per each course, coming from all part of Italy with minimum 3/5 Years working in Intensive Care Dept., or Emergency Dept., or O.R. , or Trauma Dept. or EMS ... , involved in Mass Casualty Event planning of their own Hospital or Department . - guarantee to give all information and preparation about the course and the staying in Israel , and one propaedeutical day meeting before the arrival in Israel | | |

"NURSE TRAINING IN MASS CASUALTY EVENT: UNA NUOVA OPPORTUNITA' NELLA FORMAZIONE DEGLI INFERMIERI ITALIANI" 29

- guarantee that all the nurses will state they have a clean record by law
- guarantee that one/two persons by Collegio Ipasvi will be with the students group during their permanence in Israel
- guarantee the payment will be done at least one week before the arrival

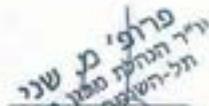
By entering into this MOU Israel National Center for Trauma and Emergency Research – Gertner Institute for Epidemiology and Health policy research and Sheba Medical Center agree :

- 1 Basic Course per Year
- 1 Advanced Course every 3 Years

This Agreement will begin upon signing; each party shall have the right to withdraw from participation in this collaboration upon a 60 days written notice for any reason without further obligation to the other party unless funds have been receive

For this project Collegio IPASVI of Bergamo will be the exclusive partner in the person of Beatrice Mazzoleni, as President of C. IPASVI, and Angelo Agosini as coordinator MCI courses for nurses Italy – Israel.


 Beatrice Mazzoleni
 Pres. Collegio IPASVI Bergamo


 Moshe Shani Kobi Beleg
 Gertner Institute, Tel Hashomer


 Angelo Agosini
 Coordinator, MCI courses
 for nurses Italy-Israel


 Dr. A. Shamiss
 General Hospital, Director
 Sheba Medical Center
 Ari Shamiss
 Sheba Medical Center,
 Tel Hashomer
 Dvora Hertz

settembre - dicembre 2008

24 settembre 2008

L'IPERTENSIONE ARTERIOSA: LA DIAGNOSI, LA TERAPIA, LE COMPLICANZE

L'ipertensione arteriosa nei suoi aspetti epidemiologici, come diagnosticarla, le abitudini alimentari di vita per prevenirla e curarla, la terapia e le sue complicanze.

15 ottobre 2008

LIGHT TOUCH THERAPY: IL TOCCO COME CURA

Prospettive del tocco come cura nella pratica infermieristica per pazienti affetti da patologie diverse: dal paziente oncologico alle piaghe da decubito

29 ottobre 2008

SAPER LAVORARE IN UN TEAM E ALIMENTARE LA NOSTRA MOTIVAZIONE

Il lavoro di squadra può essere molto faticoso oppure molto stimolante: scopriamo insieme la cause del fallimento o del successo di un team di lavoro.

12 novembre 2008

LA CARDIOPATIA ISCHEMICA

Condizione patologica con incidenza sempre più elevata che oggi dispone di strumenti di prevenzione, diagnosi e terapia sempre più efficaci. Patologia con importanti aspetti multidisciplinari nella quale un ruolo determinante è la sua gestione infermieristica.



27 novembre 2008

**LA SINDROME METABOLICA: UN APPROCCIO GLOBALE
AI FATTORI DI RISCHIO CARDIOVASCOLARI**

Lezioni frontali con elementi di interattività clinica
ed esercitazioni pratiche.

11 dicembre 2008

L'ASSISTENZA POST OPERATORIA

La complessità del paziente operato richiede competenze particolari
per il monitoraggio e il rilievo delle complicanze post-operatorie

Sede dei corsi: Casa del giovane - via Gavazzeni,
13 - Bergamo

Durata del corso: 8 ore - Inizio ore 8.30 - termine ore 18.00

ECM: é stato richiesto l'accreditamento per la
figura professionale di Infermiere

Numero massimo partecipanti: 130

Per ogni informazione fate riferimento al sito
www.focusg.it oppure contattate la Segreteria
Organizzativa (orari: lun-ven ore 9-13 e 14-18) -
tel 035-224072 - fax 035-232980 - **info@focusg.it**



Avviso agli iscritti

SERVIZIO DI CONSULENZA PROFESSIONALE

Si ricorda a tutti i colleghi che, presso la sede del Collegi Ipasvi di Bergamo, lunedì 22 settembre 2008 a partire dalle ore 15, sarà presente un legale che offrirà un servizio di consulenza professionale. Per accedere al servizio, si prega di contattare preventivamente la segreteria fornendo indicazioni relative alle problematiche che si intendono sottoporre.

Convegno QSS

24 OTTOBRE 2008

Cineteatro Gavazzeni di Seriate

**“Integrazione tra Infermieri
e Operatori di supporto**

nelle realtà provinciali: esperienze e proposte”.

nelle realtà provinciali: esperienze e proposte”.

| | |
|--------------|---|
| 8,30 | Iscrizione |
| 9,00-9,30 | Apertura lavori e somministrazione questionario conoscitivo |
| 9,30-10,30 | Presentazione profilo OSS e nuova Delibera 2007 |
| 10,30-11,00 | Coffe break |
| 11,00-12,00 | “La responsabilità dell’Infermiere e le figure di supporto: principi di delega e attribuzione” |
| 12,00- 13,30 | “I percorsi per l’inserimento degli operatori di supporto nelle realtà della Provincia”: - Bergamo - Treviglio - Seriate - Fondazione IPS Cardinal Gusmini Onlus di Vertova |
| 13,30-14,30 | Pausa pranzo |
| 14,30-15,30 | “Prospettive di integrazione per il futuro: i numeri del Nuovo Ospedale” “L’operatore socio sanitario in Terapia Intensiva: ipotesi organizzativa” |
| 15,30-16,30 | “Definire le competenze dell’Operatore socio-sanitario nella somministrazione della terapia enterale: una ricerca e una proposta” |
| 16,30-18,00 | “Infermieri e OSS: prospettive di collaborazione per il futuro” Analisi dei questionari conoscitivi e dibattito con gli esperti |
| 18,00 | Chiusura dei lavori |