

Noi **infermieri**
con i nostri valori,
dalla vostra parte.
Sempre.

SCRIPTA MANENT - Anno XV n. 52 - Luglio 2009 - Spedizione in abbonamento postale - art. 2 comma 20/c.l.662/96 - BG



Scripta
Manent

n.52



Notiziario a cura del Collegio IPASVI Bergamo

Sommario

<i>Firmata la bozza di rinnovo del contratto per gli infermieri: la critica dell'IPASVI</i> Editoriale a cura della Presidente Beatrice Mazzoleni	3
<i>Risk management: strumenti per l'identificazione del rischio</i> A cura di Alessandro Bassi	5
<i>L' infermiere nell' assistenza alla persona con dolore cronico</i> A cura di Valentina Gritti	6
<i>Lavorare come infermiera in Niger per Medici Senza Frontiere</i> A cura di Daniela Oberti	8
<i>Il consenso informato nel nursing</i> A cura di Simone Jamoletti	10
<i>Professionalmente Infermieri</i> A cura di Gianluca Ghilardi	12
<i>L'infermiere forense</i> A cura di Massimiliano Russi	16
<i>Gruppo di lavoro infermieri Area Salute Mentale Regione Lombardia</i>	17

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: Alessandro Bassi, Dolores Belometti, Annamaria Dorigatti, Stefano Ghilardi, Zaccheo Giupponi, Simone Jamoletti, Marina Lanzi, Beatrice Mazzoleni, Marco Mazzoleni, Simona Plebani, Maria Ilaria Porto, Massimiliano Russi, 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.

Editoriale

Firmata la bozza di rinnovo del contratto per gli infermieri: la critica dell'IPASVI

Editoriale a cura della Presidente Beatrice Mazzoleni

Il 14 maggio u.s. le Organizzazioni Sindacali (fp Cgil, Cisl Fps, Uil Fpl, Fials e Fsi) hanno firmato l'ipotesi di contratto di lavoro del comparto Sanità pubblica per il biennio economico 2008-2009.

La firma coinvolge circa 600 mila dipendenti del S.S.N., tra i quali la categoria degli infermieri.

Tale accordo, comporterebbe un aumento medio retributivo di circa 72 € pro-capite, ai quali si aggiungerebbero 20 € medi di ulteriori risorse erogate dalle Regioni, correlate a progetti di produttività e al "Patto per la Salute".

I sindacati confederali si dichiarerebbero soddisfatti perché l'accordo contiene "importanti elementi di novità", quali "la scelta fatta sul tema del lavoro precario in rapporto all'esigenza di assicurare i livelli minimi di assistenza, la valorizzazione dell'attuale sistema di contrattazione integrativa, che vede già i lavoratori della sanità pubblica misurarsi su progetti ed obiettivi di innalzamento della qualità del servizio, la possibilità di aumentare, in sede locale, il valore del buono pasto".

Ma quale risulta essere la posizione dei diretti interessati?

A noi infermieri risulta difficile aderire senza riserve a questo coro di consensi perché ci chiediamo, per esempio, che fine abbiano fatto gli impegni già assunti sul riconoscimento della libera professione intramoenia per gli infermieri (si prorogano ancora le prestazioni aggiuntive) e sull'applicazione della legge in materia di incarichi di coordinamento e specialistici.

Se la materia è di così grande "rilevanza e complessità", perché rinviarla alla "prossima tornata contrattuale"?

Si parla di assicurare i livelli minimi di assistenza, ma siamo sicuri che questa sia la strada giusta per favorire un'assistenza qualitativamente e quantitativamente idonea al cittadino che necessita delle nostre prestazioni? Circoscrivere l'evoluzione del sistema assistenziale ai 72 € risulterebbe piut-



tosto riduttivo, soprattutto non dando spazio ai professionisti per creare metodiche assistenziali alternative come invece rappresenterebbe lo sviluppo della libera professione intramoenia, senza entrare nello specifico della libera professione pura, che permetterebbe un utilizzo più efficiente ed efficace delle risorse umane-professionali a disposizione del sistema sanitario nazionale e del cittadino.

Il Collegio non è un sindacato! E ce ne guardiamo bene dall'entrare nella parte contrattuale e sederci a tavoli con competenze che non ci spettano, ma ormai pare chiaro che ci ritroviamo a correre in tondo, vivendo una situazione nella quale si urla alla carenza infermieristica, alle criticità rilevate nell'esercizio dei colleghi provenienti da paesi stranieri, dall'insufficiente presenza degli infermieri nelle realtà assistenziali, con conseguenti cure inefficaci per il cittadino malato.

Ma quanto possiamo continuare in questa situazione dove il Collegio, organo preposto alla tutela dell'utente e del professionista, ribadisce, senza essere ascoltato, la necessità di aumentare i posti del fabbisogno formativo universitario, di valorizzare l'autonomia infermieristica attraverso l'attivazione della libera professione anche per i dipendenti, il tutto collegato alla necessità del riconoscimento economico.

Ormai tali criticità non possono essere scorporate visto che, tutta la categoria infermieristica, negli ultimi anni, ha puntualmente risposto alla chiamata di rendersi più autonoma e responsabile, conquistandosi spazi che gli spettavano di diritto, spesso con grandi difficoltà.

Il Collegio IPASVI di Bergamo, chiede quindi agli organismi preposti di porre un maggiore interesse alle problematiche infermieristiche, anche a livello economico, tenendo presente il ruolo di prima linea che ognuno di noi ricopre all'interno del sistema sanità, svolgendo un'azione concertata nella cura, nell'assistenza e nella tutela del cittadino.

Non possiamo inoltre dimenticare che oltre 100mila lavoratori della Sanità privata aspettano ancora il rinnovo del contratto di lavoro non solo degli anni 2008-2009, ma addirittura del 2006-2007.

Risk management: strumenti per l'identificazione del rischio



A cura di Alessandro Bassi

Imparare dagli errori può evitare che gli incidenti si ripetano. È buona norma quindi indagare gli eventi avversi o i quasi eventi. Negli ultimi anni sono stati sviluppati diversi metodi e strumenti per analizzare gli errori e quindi gestire i rischi. Questi procedimenti consentono di individuare eventuali falle presenti nelle organizzazioni che possono scatenare un evento avverso e quindi pianificare idonee contromisure.

Di seguito verranno esposti alcuni strumenti per l'identificazione del rischio.

1 Revisione di cartelle cliniche

È il metodo impiegato da più tempo per la valutazione di qualità. Consente di verificare se nei processi decisionali si siano seguiti linee guida e protocolli.

2 Osservazione

È una metodologia che va usata per un tempo limitato ed in modo mirato. L'analisi viene affidata ad un osservatore esterno. Tale metodo viene principalmente usato per rilevare errori in terapia.

3 Giri per la sicurezza (safety walkaround)

Si tratta di "visite" che i referenti della sicurezza effettuano nelle unità operative. I referenti sono incaricati dalla direzione di individuare con il personale i problemi legati alla sicurezza. Una grossa barriera che ostacola questo strumento di indagine nasce dalla diffidenza degli operatori che temono di essere colpevolizzati o puniti per aver effettuato una segnalazione.

4 Screening

Con questo metodo vengono analizzati i database dei sistemi sanitari alla ricerca di possibili eventi avversi.

5 Sistemi di segnalazione (reporting)

In questo metodo fondamentale è la raccolta di informazioni relative al verificarsi di eventi avversi o di quasi eventi. La raccolta di informazioni può essere di tipo aperto o predefinito.

Nel tipo aperto si potrà raccogliere qualsiasi tipo di dato relativo ad evento avverso e riferito a tutte le possibili prestazioni erogate.

Nel tipo predefinito si potranno raccogliere dati relativi ad eventi predefiniti quali possono essere per esempio gli eventi sentinella.

I sistemi di segnalazione si possono inoltre suddividere in sistemi di apprendimento ed in sistemi di responsabilizzazione.

I sistemi di apprendimento sono di solito volentieri. Le raccomandazioni elaborate sono utili per ripianificare e migliorare i processi sanitari.

I sistemi di responsabilizzazione si basano sul principio della responsabilità e sono di norma obbligatori. Questi sistemi utilizzano meccanismi disincentivanti quali citazioni, sanzioni, multe. L'efficacia di questi sistemi dipende dalla capacità di indurre le organizzazioni a segnalare gli eventi avversi per poter quindi intervenire adeguatamente.



L'infermiere nell'assistenza alla persona con dolore cronico

A cura di Valentina Gritti

Il termine dolore richiama molteplici sensazioni che possono essere di tipo fisico, provocato da una patologia, e di tipo emozionale, legato alle proprie esperienze. Spesso la malattia è accompagnata dal dolore, ora grazie ai progressi scientifici e tecnologici in ambito sanitario è possibile vivere la patologia senza dolore o almeno con minor impatto di esso sulla qualità di vita. Il dolore è un campanello d'allarme fisiologico per l'organismo ma quando si prolunga nel tempo, diventa cronico, prevedibile e prevenirlo diventa inutile.

Da alcuni anni si sta sviluppando una cultura del dolore, partendo dal presupposto che non sia eticamente accettabile non alleviare il dolore essendoci metodi per controllarlo. Dovrebbe quindi divenire doveroso per gli infermieri informare il paziente sulle possibilità a sua disposizione favorendo così un cambio di aspettative da parte del cliente verso l'esperienza di dolore. L'infermiere riveste un ruolo chiave nel trattamento del dolore poiché, rispetto le altre figure sanitarie, è quella che ha un contatto maggiore con la persona assistita, quindi diventa la figura più idonea a valutare l'efficacia della terapia. Il passo iniziale di questo approccio deve comunque essere l'informazione e la comunicazione con l'utente, base per creare un reale rapporto di fiducia con lo stesso. La valutazione sistematica del dolore, la stesura di una pianificazione per controllarlo e la collaborazione nella somministrazione della terapia, sono alcuni aspetti importanti che l'infermiere deve considerare.

Il processo di assistenza infermieristica rappresenta il metodo clinico, l'applicazione sistematica del *problem solving method*, per organizzare le conoscenze riguardo l'identificazione e il soddisfacimento dei bisogni della persona assistita con dolore cronico, partendo dal presupposto che il dolore abbia

un'entità oggettiva, in quanto ha una specifica entità nosologica, ed una soggettiva, essendo costituita dall'esperienza di dolore della persona assistita in quanto "sufferens", ossia portatrice di tale dolore inteso come **"DOLORE GLOBALE"**. Il primo passo verso la pianificazione assistenziale è il riconoscimento del bisogno, verificando la presenza di dolore determinandone l'intensità e identificando i fattori che riducono la tolleranza al dolore. Alleviare il dolore e la sofferenza è una delle principali responsabilità dell'infermiere. Egli infatti possiede le conoscenze e le competenze per poterlo gestire. A tal fine l'infermiere deve:

- conoscere la fisiopatologia del dolore;
- valutare regolarmente e sistematicamente il dolore;
- rispondere ai bisogni della persona adeguando l'assistenza alle necessità;
- rilevare immediatamente le complicanze della terapia;
- conoscere il funzionamento e possedere la capacità di usare strumenti tecnici;
- avere un buon rapporto con l'utente e con l'équipe;
- individuare un approccio strategico per la gestione del dolore che associ terapia farmacologica e non farmacologica;
- instaurare un rapporto educativo rivolto alla persona assistita, ai famigliari e/o alla persona di riferimento.

L'infermiere può fare molto in tale ambito, attraverso la comunicazione, la relazione di aiuto, il supporto e la vicinanza con la persona assistita. A supporto di ciò si ricorda che nel patto infermiere-cittadino questo aspetto è così menzionato: *"lo infermiere mi impegno nei tuoi confronti a starti vicino quando soffri, quando hai paura, quando la medicina e la tecnica non bastano, mi impegno ad ascoltarti con attenzione e disponibilità quando*



L'infermiere nell'assistenza alla persona con dolore cronico

hai bisogno". La regola più importante per una buona assistenza infermieristica è quella di saper instaurare una relazione d'aiuto. Valutare le cause del dolore, identificare gli interventi adeguati, trattare farmacologicamente e non il dolore e valutare l'efficacia della terapia sono passi fondamentali, il tutto deve essere sempre però basato sulla comunicazione e l'interazione.

Dall'analisi della letteratura è emerso che la valutazione clinica del dolore è fondamentale sia per decidere l'approccio diagnostico volto a comprendere le cause e la fisiopatologia, sia per definire la strategia terapeutica. Una corretta valutazione necessita di una buona documentazione. Le modalità di documentazione del dolore sono spesso inesistenti o inadeguate nelle realtà ospedaliere: raramente vengono riportate in consegna la durata, l'intensità, la qualità del dolore e le reazioni del paziente. Questo comporta un monitoraggio insufficiente e, di conseguenza, un trattamento inadeguato. La Regione Lombardia ha previsto che il dolore sia uno dei parametri vitali da inserire con specifica grafica all'interno della cartella clinica. L'avvio o l'adeguato trattamento antalgico basato sulla misurazione del dolore deve sempre essere frutto del processo di integrazione fra le richieste del malato, il giudizio clinico e il contesto assistenziale, tenendo presente dell'importanza della valutazione soggettiva del malato in relazione alla tollerabilità del dolore.

L'approccio al dolore cronico deve essere di tipo multidisciplinare in quanto influenza molti aspetti della vita dell'uomo e personalizzato in quanto permette una piena consapevolezza e partecipazione al processo di cura da parte della persona assistita favorendo così la riuscita del trattamento.

Le conseguenze più significative del dolore cronico riguardano la compromissione della vita sociale e della personalità del paziente, con disturbi del sonno, depressione, fatica e riduzione delle facoltà intellettive legate al senso di impotenza causato dall'incapacità di svolgere mansioni di tipo ordinario. In questa prospettiva la misura della qualità della vita diventa così il principale indice di efficacia. Si pone dunque l'obiettivo di migliorare la qualità di vita percepita delle persone assistite con l'alleviamento del dolore.

Per raggiungere questo obiettivo il primo passo è l'ascolto, ascoltare la persona, ascoltare la sua sofferenza e credere al suo dolore.

Lavorare come infermiera in Niger per Medici Senza Frontiere

A cura di Daniela Oberti, infermiera e operatrice umanitaria di MSF

Sette del mattino: zaino in spalla, salgo a bordo della jeep "numéro cinq" guidata con abilità dall'autista Mahamadou. Ci aspetta un viaggio di circa un'ora e mezza attraverso una pista nel deserto lunga 45 km. Dal finestrino scorgo villaggi di paglia e fango che si confondono con i colori della terra, sfumati dal marroncino sabbia al rosso argilla, incrocio cammelli e asini, persone che si avviano verso i campi a coltivare miglio o a pascolare il loro bestiame dall'aspetto scarno. Alla mia stessa meta, Alforma, arrivano decine di mamme con i loro bimbi sul dorso, quasi nascosti dalle stoffe variopinte che li avvolgono; giungono dopo aver trascorso ore di cammino sotto ai 40° del sole.

Alforma, dicevo, è uno dei due villaggi in cui mi sono occupata dell'ambulatorio pediatrico. In tutto sono sette le strutture ambulatoriali distribuite sul territorio che fanno capo alla città di Dakoro, più un ospedale e un CRENI: si tratta infatti di realizzare il progetto di Medici Senza Frontiere (MSF) di "presa in carico medico-nutrizionale dei bambini fino a cinque anni e delle donne incinte e che allattano" in un'area che conta poco più di 380.000 persone. Siamo in Niger, uno stato dell'Africa sub-sahariana, riportato all'attenzione dai media italiani qualche settimana fa con il servizio del giornalista Fabrizio Gatti che descrive la traversata del deserto che migliaia di persone in fuga dall'Africa Occidentale compiono per raggiungere il "bel Paese" (articolo "La nuova ondata", Espresso n° 12 del 26 marzo 2009).

Grazie alla scarsa disponibilità di risorse naturali e all'avanzare della desertificazione, il Niger si guadagna un posto fra i dieci paesi più poveri del mondo.

Da un'alimentazione insufficiente e uno scarso accesso alle cure consegue una situazione sanitaria non accettabile e una mortalità troppo elevata per essere ignorata. Le fasce più vulnerabili sono ovviamente donne e bambini e gli indicatori parlano da soli: la mortalità infanto-giovanile (<5 anni) è del 198% per mille e quella materna di 1600% per 10.000 nati vivi.

I bambini si ammalano e muoiono di malattie facilmente curabili come malaria, polmonite, infezioni gastroenteriche, disidratazione, morbillo, meningite, ecc.; ma è la malnutrizione la causa scatenante di molte patologie che sono tanto più aggressive e letali quando colpiscono un organismo sottopeso e deficitario.

La giornata trascorre veloce all'ambulatorio di Alforma. Si susseguono dalle 60 alle 150 visite all'interno di un circuito ben definito: fase del triage, sessione educativa per le mamme, rilevazione di peso e altezza, registrazione del bambino




Lavorare come infermiera in Niger per Medici Senza Frontiere

e determinazione dell'inserimento o meno dello stesso nel programma nutrizionale secondo le tabelle di riferimento di crescita dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS)², test rapido della malaria, vaccinazione contro il morbillo, consultazione, eventuale sosta nella fase d'osservazione. Infine tappa alla farmacia e al magazzino per la ricezione della razione alimentare di Plumpy nut³, farina e olio per coloro che rientrano nel programma ambulatoriale di recupero dalla malnutrizione.

Nello specifico, il mio ruolo di responsabile consiste nel vegliare sulla buona organizzazione di tale percorso, quindi sul rifornimento e sulla corretta conservazione di materiale e farmaci e nel supervisionare il lavoro degli operatori presenti. Il mio compito principale è di assicurare, in stretta collaborazione con infermieri locali, la qualità delle cure nel rispetto di protocolli di diagnosi e di terapia ben precisi, senza dimenticare gli aspetti culturali.

Essere infermiera in questa missione vuol dire anche occuparsi di reclutamento e formazione del personale, compilazione e interpretazione di statistiche, ma soprattutto discutere e prendere decisioni all'interno di un'equipe motivata formata da personale internazionale e locale, professionisti sanitari e non (promotori della sa-



lute, amministratori, logisti).

I casi gravi di malattia e malnutrizione severa vengono trasportati in città: ed ecco che al termine della mia giornata la jeep si trasforma in un'ambulanza. E allora non c'è tempo per guardare fuori dal finestrino e assaporare i colori e i sapori di questo lembo di Sahara. È il momento di somministrare goccia a goccia la soluzione di reidratazione tramite sondino al bambino in stato di disidratazione; di supportare una donna incinta che, facilitata dai dossi di sabbia, ricomincia ad avere contrazioni sempre più forti. Occorre quindi mettere in pratica le conoscenze e le esperienze acquisite, agire tempestivamente e fare tutto il possibile per portare il bimbo e la mamma vivi in ospedale. E la strada diventa ora interminabile, i colori della sabbia marroncino e della terra argillosa finiscono per stancare.

A volte quello che ho vissuto per sei mesi mi sembra troppo distante e ininfluenza per la mia vita e per quella di chi mi sta intorno. Poi penso agli immigrati che approdano sulle nostre coste e sento che la realtà del Niger non è così lontana come sembra: capisco la loro necessità di scappare da condizioni di vita precarie alla ricerca di fortuna, avverto il loro bisogno di accoglienza e di assistenza.

¹ CRENI: Centro nutrizionale terapeutico che richiede quindi il ricovero del bambino.

² Tabelle di riferimento di crescita dell'OMS: tabelle che definiscono le curve di crescita di un bambino secondo standard ottimali.

³ Plumpy nut: un tipo di alimento terapeutico pronto all'uso, costituito da pasta di arachidi e arricchito di vitamine e micronutrienti.

Il consenso informato nel nursing

A cura di Simone Jamoletti

La documentazione sanitaria deve portare traccia della comunicazione avuta con il Paziente in merito alle scelte diagnosticoterapeutiche e alla conseguente scelta consapevole da parte del Paziente stesso.

Atto primario e fondamentale del processo di cura è quindi il consenso informato.

Fin dal 1947 con il Codice di Norimberga viene sancito il diritto della persona a scegliere consapevolmente, ed in piena libertà, l'inserimento in progetti di ricerca; dovere del Medico è l'informazione sull'obiettivo della ricerca, sui trattamenti e possibili conseguenze, sul rapporto rischio beneficio.

Il Dizionario Enciclopedico delle Scienze Mediche definisce il Consenso Informato come: "il consenso accordato dal soggetto dopo essere stato informato sulla natura e gli scopi dell'intervento o del trattamento proposto, sull'esito previsto e le probabilità di successo, sui rischi, sulle alternative e informazioni relative, sull'effetto della mancata attuazione dell'intervento o del trattamento, tra cui l'effetto sulla prognosi e i rischi materiali conseguenti".

Occorre che siano presenti alcuni importanti requisiti per il conseguimento del Consenso Informato.

- **La comprensione dell'informazione:** l'informazione deve essere adatta al livello di educazione e cultura del paziente: il linguaggio deve essere semplice, comprensibile e non eccessivamente tecnico: è necessario verificare se l'informazione è stata compresa dall'interessato.
- **La qualità dell'informazione:** l'informazione deve essere chiara, vera, essenziale ed esaustiva: deve essere data in

ambiente tranquillo, garantire la privacy ed assicurare il tempo necessario per consentire alla persona malata di comprendere quanto gli viene proposto.

- **La libertà di prendere decisioni:** il paziente non deve essere influenzato da persone o situazioni; il consenso deve derivare da considerazione non costrette.
- **La capacità di prendere decisioni:** il paziente deve essere adulto ed in pieno possesso delle sue facoltà mentali.

Per quanto riguarda nello specifico la categoria Infermieristica, i fondamenti etici sono racchiusi nel Codice Deontologico del 2009.

ART. 20 CAPO IV: 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.

ART. 23 CAPO IV: l'infermiere riconosce il valore dell'informazione integrata multi professionale e si adopera affinché l'assistito disponga di tutte le informazioni necessarie ai suoi bisogni di vita.

ART. 24 CAPO IV: 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.

ART. 31 CAPO IV: l'infermiere si adopera affinché venga presa in considerazione l'opinione del minore rispetto alle scelte assistenziali, diagnostico-terapeutiche e sperimentali, tenuto conto dell'età e del suo grado di maturità.

Da questi articoli si evince che sono i Medi-

Il consenso informato nel nursing

ci e Infermieri i professionisti della relazione ed è indispensabile la corretta cooperazione per assicurare una informazione coerente e concordata; ogni possibile discordanza causa uno stress psicofisico che comprometterà il rapporto di fiducia medico/infermiere/paziente producendo anche diffidenza verso il processo di cura.

Una migliore comunicazione tra gli operatori della salute favorisce lo scambio di informazioni necessarie per rendere più efficace il trattamento e la cura della persona malata.

L'INFERMIERE

Può presenziare quale testimone al processo di informazione e raccolta del consenso informato all'atto medico.

Aiuta il paziente nel far chiarezza fra le sue idee circa l'informazione ricevuta dal medico.

Rileva l'effettiva comprensione di quanto comunicato o sollecita l'ulteriore spiegazione del Medico se le perplessità del paziente sono tali da renderlo inconsapevole all'atto della firma. Controlla che la documentazione relativa al consenso informato sia presente nella cartella clinica prima che le prestazioni, per le quali è richiesto, vengano erogate.

Nella pratica clinica il consenso è, salvo alcune eccezioni, un elemento che non può essere eluso. Esso è irrinunciabile in particolare nella sperimentazione. È importante richiamare l'attenzione sul pericolo che il consenso sia ridotto ad un fatto **formale e spersonalizzato**. Esso dovrebbe invece aiutare il dialogo e il rapporto personale di fiducia tra operatore sanitario e cittadino.



SM11

Professionalmente infermieri

A cura di Gianluca Ghilardi, infermiere di Pronto Soccorso presso l'Ospedale Maggiore Policlinico Mangiagalli e Regina Elena, Milano.

Ho scelto questa professione per il nobile risvolto appartenente alla natura umana che il mio immaginario m'infondeva: considerare l'uomo nella sua totalità, con onore, decoro e rispetto: soprattutto quando ammalato.

Sono infermiere da anni e ho svolto l'attività in molteplici unità operative maturando un'esperienza di ampio respiro non solo professionalmente ma anche e soprattutto a livello umano: ematologia, medicina d'urgenza, chirurgia d'urgenza, neurologia, neurochirurgia, gastroenterologia, epatologia, geriatria, cardiologia; per approdare nel Pronto Soccorso di questo ospedale.

Ho appreso ed assimilato, col passare del tempo, ad avere considerazione, nell'approccio al malato e alla malattia, dell'uomo. Ancora oggi mi coinvolge ed appassiona l'uomo e ciò che questo perde quando è malato agli occhi del mondo intero ma, anche, purtroppo nel mondo sanitario; ho visto soffrire e morire moltissime persone che di questa dignità non hanno potuto giovare sino alla fine.

Ora sento la necessità di dare una testimonianza che possa essere un punto di partenza per riflettere sulla professione ma soprattutto sul livello culturale di chi svolge tale lavoro partendo dalla convinzione che gli infermieri curano il malato ed i medici la malattia. Infatti, nella routine giornaliera, colui che visita il malato instaura una comunicazione mirata al raggiungimento della diagnosi, fino ad impostare un prospetto terapeutico e guarire l'uomo dalla malattia. L'infermiere svolge un'opera diversa: segue il malato nel corso delle 24 ore, conversa, cerca di instaurare quel rapporto d'empatia che deve garantire la fiducia; lo ascolta, lo accudisce e spesso il malato vive quasi una forma di simbiosi con questa figura sanitaria.

Facendo *zapping*, un pomeriggio di un giorno dedicato al riposo dopo una notte di lavoro nel

"mio" Pronto Soccorso, mi sono soffermato su un programma televisivo sulla professione che svolgo trasmesso dalla Televisione Svizzera Italiana, nella primavera del 2005. Il servizio giornalistico diffondeva le considerazioni riguardanti il rapporto di fiducia tra i cittadini svizzeri e le professioni sanitarie ed il sondaggio poneva l'infermiere al primo posto seguito, al secondo, dal farmacista. Il rapporto fiduciario medico-paziente era al terzo posto. Da noi le cose stanno diversamente.

L'infermiere si delinea come figura primaria, oltre alle tante attività specifiche, all'introduzione del malato al ricovero ospedaliero: un esempio è l'ingresso del malato al pronto soccorso definendo con un codice di gravità l'accesso alla visita medica.

Oggi mi viene spontaneo affermare che l'evoluzione del contesto infermieristico, genericamente parlando della cultura, della formazione e della capacità d'attuazione delle metodiche per il conseguimento degli obiettivi è sicuramente migliorato rispetto a venticinque anni fa. E domande, altrettanto spontanee:

-- "Cosa imprigiona questa professione nella gabbia della scarsa attenta valutazione da parte della nostra cittadinanza?".

-- "Cos'è la frustrazione che si vive svolgendo una professione scelta?".

Mi permetto di fare un esempio tangibile seguendo l'iter di un paziente che accede al pronto soccorso di un ospedale milanese. Valutiamo, io che scrivo e voi che leggete, l'operato di un infermiere durante tutto il ricovero in tale struttura.

- Un malato giunge al pronto soccorso perché sta male per un qualsiasi motivo di salute ed è attentamente osservato, valutato e gestito da un infermiere che ne definisce un codice di gravità per modularne l'accesso alla valutazione medica (una serie di domande mirate,

Professionalmente infermieri

di dati soggettivi e obiettivi che sono elaborati insieme agli algoritmi di un protocollo informatico ed alla rilevazione dei parametri vitali); si cerca di creare un rapporto d'empatia, dove il paziente deve, e si ripropone il verbo deve, essere messo nella condizione di ricevere la fiducia e la capacità professionale e relazionale dell'operatore sanitario.

Quando il paziente entra in sala visita deve essere visitato dal medico e l'infermiere di sala si adopera, secondo scienza, coscienza e legalità, prendendosene carico dal punto di vista infermieristico. Il paziente è preparato alla visita medica, spogliato, interrogato, sottoposto ad indagini strumentali, al posizionamento di vie venose, al prelievo arterioso, alla somministrazione di farmaci salvavita, subordinato al giudizio di presidi elettrici ed elettronici e quant'altro può essere d'utilizzo per raggiungere gli obiettivi mirati e diversi per ogni singolo paziente (per esempio anche la diagnosi infermieristica con la soluzione dei problemi ed il soddisfacimento dei bisogni).

Compila un documento sanitario (perché è un incaricato di pubblico servizio) con valenza medico-legale che accompagnerà il malato fino alla sua permanenza nel pronto soccorso: la Cartella Infermieristica. Tutto questo in relazione all'espletamento dell'autonomia professionale di tale figura sanitaria.

A questo punto inizia la "poliedricità" e la successiva "svalutazione della figura infermieristica" (da parte del malato!) che inizia a ricredersi sulle capacità o sull'effettiva, congrua relazione su ciò che svolge o su ciò che può svolgere, sulle nozioni e sul vero operato dell'infermiere (sempre col fonendoscopio al collo e geloso dello strumento come fosse il proprio spazzolino da denti!) osservati e vissuti fino a quel momento anche sulla propria pelle; svalutazione realizzatasi vedendolo, successivamente a ciò che ha espletato sino a quel momento, rivestire ruoli diversi, non pertinenti in realtà e non di natura sanitaria ma, alberghiera e quant'altro: pulire a terra quando le superfici s'imbrattano di sangue o di materiale gastrico (vomito), portare campioni ematici in provetta ai laboratori, riporre gli indumenti del paziente appena svestiti all'interno di sacchi, chiudere i sacchi dell'immondizia e quelli dei rifiuti speciali, lavaggio dei ferri chirurgici, dei lavandini, spolverare le fleboclisi pronte per l'utilizzo, riparare il guasto della stampante che, esausta, cessa di fornire documenti e... finalmente scrivere la relazione infermieristica, in piedi e con la schiena ricurva, adoperando (come fosse una scrivania) il piano del piccolo frigorifero della sala visita contenente farmaci a temperatura dedicata. Naturalmente il medico batte i tasti della tastiera del computer e redige lo scritto di sua competenza seduto sulla sedia girevole.

A questo punto il paziente si domanda: "ma dov'è la figura sanitaria professionale che mi ha accolto ed indirizzato alla visita medica e che mi ha gestito fino a poco fa?". Prima professionista con eloquio e terminologie dedicate, fonendoscopio, presidi elettronici e successivamente figura ausiliaria? "Mi potrò fidare ancora di questo fac-totum?". L'excursus del paziente, a questo punto, s'inoltra in astanteria, il locale di osservazione: lo stesso è tra-





sportato a bordo di un lettino volante (le cui ruote stridenti sono oliate a mezzo di una siringa contenente olio di vaselina fornito in fiale dalla farmacia dell'Ospedale) da colui che lo spinge: il solito infermiere!

L'osservazione del paziente, ormai inquadrato dal punto di vista medico-diagnostico, è cominciata e procede nel locale osservazione (anche quattro, sei, otto e sovente più ore) e, come precedentemente, il malato esamina con i suoi occhi (grande possibilità e distrazione per ingannare l'attesa di un responso riguardo il suo stato di salute) quel che tutti fanno: collaboratori non sanitari, dottori, consulenti, parenti e infermieri che sono le uniche figure sanitarie ininterrottamente presenti: pulitura e ripristino dei lettini volanti, pulizia e riordino dei cassetti e degli armadi, relazioni telefoniche e divulgazione di informazioni più variegata, lavoro di segretariato per altre figure, ricerca di consulenti per conto dei clinici, esigenza dell'utenza che chiede rubriche telefoniche, schede telefoniche, quotidiani, cambio monete, telefonate ai taxi e ... alla fine anche l'espletamento dell'attività infermieristica sui pazienti e per i pazienti. Al momento della dimissione o del ricovero il medico investirà l'infermiere delle proprie responsabilità di consegnare all'ammalato o ai familiari la documentazione; e l'infermiere se la addosserà, questa non sua responsabilità, dividendo le copie dei documenti, fornendole ed indicando al dimesso i suggerimenti, le prescrizioni terapeutiche e le competenze cliniche; ma anche le indicazioni infermieristiche comprensive dell'educazione sanitaria.

Ovviamente i dubbi, sui ruoli dell'infermiere, sono quanto mai esortati agli occhi e all'ela-

borato dell'opinione pubblica che lo vede fare di tutto e di ogni un po'.

Tutto questo mi ha fatto ricordare l'opinione della gente della strada e le considerazioni sulle professioni in Italia (le ho volute coinvolgere personalmente, in maniera informale e assolutamente per puro desiderio di conoscere), che avevo avuto modo di raccogliere qualche anno fa, ponendo una domanda generica e non menzionandole per evitare influenze sulle risposte.

In sette giorni feriali consecutivi ho intervistato cinquemila persone tra Corso di P.ta Romana, Piazza Missori e Piazza del Duomo.

La domanda posta era la seguente:

"Secondo lei qual è la professione che è meglio considerata ed è forse, anche la più invidiata dalla popolazione italiana?"

Le risposte sono state risolte, sicure ed in corrispondenza a queste ho stilato una classifica tra le professioni enunciate per avere un'opinione. Vediamola:

Al 1° posto, col maggior numero di consensi, sono state elette quelle professioni che, a giudizio popolare, rivestono di maggior prestigio: i politici (la scelta ricade su una forte motivazione: il guadagno è elevato e molteplici sono le agevolazioni).

Al 2° posto coloro che operano nella magistratura, avvocati e notai (sempre per prestigio e ricchezza).

Al 3° i liberi professionisti ed a pari "merito" i medici (libertà d'azione, prestigio e denaro).

Al 4° i volti televisivi (popolarità e guadagno), i veterinari (contatto con la natura, gli animali ed il guadagno).

Al 5° i macellai, i salumieri (quando tagliano bene la carne e danno soddisfazione nel servizio).



Professionalmente infermieri

Al 6° i piastrellisti, gli idraulici quasi a pari merito (per denaro e perché è bene che facciano i lavori con criterio nell'abitazione); non la stessa considerazione per i lavori dipendenti dello stesso settore.

Al 7° posto i muratori (naturalmente gli imprenditori e non i dipendenti); le commesse d'oreficeria e di profumerie (la gente è felice e sorride).

Finalmente arriva all'8° posto la professione dell'infermiere. E questa considerazione derivava dall'aver avuto un'esperienza di un familiare ricoverato in ospedale con la quale avevano potuto costatare il carico di lavoro ed anche lo stress emotivo che li caratterizzano; al contrario poco considerati per il quasi nullo prestigio e per il poco denaro percepito. È una professione non remunerativa, a contatto con chi soffre e si lavora di notte.

Al 9° posto i manovratori di mezzi pubblici o treni.

Al 10° posto qualsiasi tipo di attività lavorativa (risposta data da chi ritiene importante fare qualsiasi incarico quando non si ha reddito).

Al cospetto di tale classificazione, ai pensieri dei cittadini, mi era venuto allora da pensare ed oggi ancor di più da riflettere.

E allora mi faccio delle domande:

- > Quali le dinamiche che danno possibilità alla società di fare valutazioni così nette?
- > Si riconducono nel tempo con la nascita della figura infermieristica, allora, femminile?
- > La storia?
- > Gli aneddoti sulle infermiere che tutti pensano di conoscere e che i mass media enfatizzano, denigrando donna e ruolo, a figure umane di soddisfacenti sessuali?
- > La scarsa cultura?
- > La differenza culturale da Paese a Paese?
- > Perché, oggi, quando la gente sente "Laurea

Infermieristica" rimane esterrefatta, sbigottita ed incredula?

- > Perché il carico di tale professione ancora oggi non è quello giusto ed equilibrato per quello che viene manifestato nelle corsie degli ospedali e laddove c'è un malato?
- > Avremo possibilità di uscirne dai preconcetti?

Non riusciremo in tempi stretti ad esaltare il giusto riconoscimento sociale di questa professione; ci vuole tempo e voglia di cambiare atteggiamenti nei confronti degli studi ed umiltà e voglia di imparare per crescere sul campo ogni giorno. Non essere presuntuosi, ma avere non solo desiderio, ma necessità di confrontarci e di divulgarci l'un l'altro i saperi, le conoscenze, le capacità comunicative, i segreti.

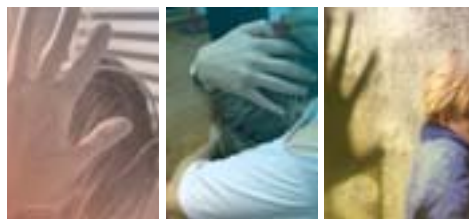
Spesso partecipo a congressi dove nelle platee ci sono infermieri che talvolta assumono atteggiamenti poco professionali con scarso interesse.

Considerato che diciamo di avere la Laurea, di avere un cervello... usiamoli senza dirlo anche attraverso il corretto utilizzo delle terminologie durante il colloquio col mondo che ci circonda e facciamoci conoscere per quello che siamo, per quello che facciamo e per quello che conosciamo e non per quello che sembriamo.

Auspico che le giovani leve siano cerebralmente maturi e competitivi anche sul piano della cultura; che portino alta la bandiera di questa nostra professione così odiata, così additata per la sofferenza ed i carichi di lavoro, ma anche così amata soprattutto da noi stessi.

Spero che questa testimonianza dia spunto ad ogni collega che la leggerà di aprire un dibattito con altri colleghi e di avanzare giorno dopo giorno nelle vecchie convinzioni della società.

L'infermiere forense



A cura di Massimiliano Russi

È stato ideato e sviluppato recentemente ma sta già avendo un ruolo fondamentale il Master in Infermieristica e ostetricia legale e forense, che consentirà di svolgere all'Infermiere Forense un ruolo chiave all'interno delle strutture ospedaliere. Come infatti osservava il prof. Antonio Farneti, il percorso formativo prevede una specializzazione nelle aree associate alle violenze e agli abusi (si pensi all'emergenza-urgenza, ai NOA, ai dipartimenti di ostetricia e ginecologia e ai centri SVS), ma anche e soprattutto nella responsabilità e nella delicata gestione dei rischi, con particolare attenzione alla Direzione sanitaria Unità di Risk Management.

Grazie a questo Master l'infermiere vede estendersi le proprie aree di intervento in linea con lo sviluppo di un nuovo profilo professionale, sempre più attento alle esigenze del paziente e delle organizzazioni in cui opera.

Gli obiettivi del corso e le prospettive occupazionali

Il corso si pone cinque fondamentali obiettivi:

1. suscitare interesse per gli aspetti legali e forensi della professione di infermiere e di ostetrica/o;
2. portare a conoscenza degli studenti un mondo, quello sanitario giuridico, poco o per nulla conosciuto;
3. suscitare una forma mentale particolare, propria di un corretto approccio ai temi giuridico/sanitari;
4. sviluppare competenze nell'ambito del risk-management;

5. addestrare gli studenti ad esercitare attività consulenziale o peritale per uffici giudiziari o per privati in merito a responsabilità professionale nei rispettivi ambiti di competenza.

Le prospettive occupazionali sono molteplici:

- Area sanitaria intraospedaliera: Emergenza-urgenza, Dipartimenti di Psichiatria, Ostetricia e Ginecologia, Sala Anatomica, Direzione Sanitaria Unità di risk-management URP, centri SVS.
- Area sanitaria extraospedaliera: ASL, S.E.R.T., NOA, Consultori, Tribunali, Agenzie Assicurative, Istituti Penitenziari, Previdenza, Ministero della Salute, Assessorati regionali alla Sanità, Esercito e Polizia Giudiziaria.

In particolare, come sottolineava Giovanni Muttillio, Presidente del Collegio IPASVI di Milano, va assolutamente incentivata la presenza di infermieri forensi all'interno dei tribunali e delle agenzie assicurative. Questo aspetto ha già preso piede all'estero, in particolare negli Stati Uniti, dove l'infermiere legale e forense è una figura riconosciuta e richiesta per il ruolo imprescindibile che può svolgere nel dialogo tra istituzioni ed enti da un lato e paziente/cliente dall'altro. L'obiettivo è inoltre di arrivare a una collaborazione attiva con gli Istituti e gli Enti Previdenziali, con il Ministero della Salute e gli Assessorati Regionali alla Sanità e con la Polizia Giudiziaria.



PER SAPERNE DI PIÙ

Collegio IPASVI Milano-Lodi • Tel. 02.59900154 • Fax 02.55189977 • info@ipasvimi.it
Università degli Studi di Milano: www.unimi.it/studenti/servizi_online.htm

NEL PROSSIMO NUMERO: L'INFERMIERE IN SANITÀ PUBBLICA

Gruppo di lavoro infermieri area salute mentale Regione Lombardia



Il Futuro si costruisce un giorno per volta

Dean Acheson

Il Coordinamento dei Collegi IPASVI della Regione Lombardia, ha costituito una commissione infermieristica per l'area psichiatrica per ottemperare quanto previsto nel Piano Regionale Triennale per la Salute Mentale (PRSM) e successivamente il DRG 17513 del 17 maggio 2004, in accordo con le successive determinazioni regionali Circolare 28/SAN del 2009.

Il gruppo di lavoro ha avuto il mandato di pensare le strategie, gli obiettivi e le azioni per la tutela della salute e dei diritti di cittadinanza delle persone affette da disturbi psichici.

Quest'organismo si è insediato dal mese di novembre 2006 (solo alcuni Collegi hanno risposto affidando il mandato ad alcuni propri infermieri dell'area psichiatrica) ed ha mantenuto un incontro mensile sino ad oggi, in diverse sedi dei Collegi IPASVI Lombardi e relazioni continue attraverso il sistema informatico.

Gli obiettivi

-) Favorire la crescita professionale e culturale (*morale*) degli infermieri
-) Promuovere iniziative d'informazione/aggiornamento con specifica attenzione alla modalità d'erogazione e qualità dell'assistenza fornita alle persone con disagio psichico nei vari contesti operativi
-) Pubblicazione e diffusione di materiale informativo e documentazione di carattere scien-

tifico inerente la pratica assistenziale psichiatrica

-) Rappresentare gli infermieri nell'area psichiatrica per le questioni che riguardano: l'organizzazione del lavoro, i rapporti tra operatori e associazioni di familiari e del privato sociale, Enti pubblici, Ordini e Collegi Professionali, per problematiche inerenti alla pratica assistenziale in ambito psichiatrico
-) Stabilire i rapporti con altre Associazioni di Categoria mediche, sanitarie e sociali legalmente costituite
-) Collaborare con le autorità politiche e Amministrative della Regione Lombardia e delle Province e delle ASL/AO nella promozione e nello sviluppo d'iniziative di natura assistenziale e sociale atte a migliorare gli interventi a favore delle persone con disagio psichico
-) Creare una biblioteca e un centro di documentazione della letteratura scientifica in materia d'assistenza psichiatrica
-) Sostenere i diritti delle persone con disagio psichico.

Il gruppo ha somministrato nei mesi di maggio e giugno 2007, a tutto il personale infermieristico della Salute Mentale della Regione Lombardia, un questionario con l'obiettivo di valutare i bisogni formativi per gli infermieri operanti nella Psichiatria ed ottenere una raccolta dati qualitativa e numerica al fine di mappare la realtà regionale.

Nel mese di Luglio 2007, una delegazione infermieristica del coordinamento, ha incontrato l'Assessore alla Sanità della Regione Lombardia Dott. Luciano Bresciani e alcuni componenti del tavolo tecnico del medesimo assessorato per chiedere una partecipazione attiva degli infermieri per programmare la for-



Gruppo di lavoro infermieri area salute mentale Regione Lombardia

mazione in salute mentale sul territorio lombardo. Nell'occasione, è stata presentata la Commissione e consegnata una parziale restituzione dell'elaborazione dei dati raccolti con il questionario di cui sopra.

Nell'anno scorso, altri due incontri con la Regione Lombardia nelle persone della Dott.ssa Tridico, Dott.ssa Pisapia e Dott.ssa Morganti, hanno consentito di raggiungere due obiettivi importanti:

-) La presenza infermieristica ai tavoli tecnici per la formazione in area psichiatrica.
-) La progettazione, e l'attivazione di un corso IReF (Istituto Regionale di Formazione) per personale neo-inserito in ambito psichiatrico.
-) La disponibilità della Regione Lombardia a patrocinare la realizzazione di un Convegno Regionale previsto per l'autunno prossimo la cui organizzazione, sarà curata dal gruppo di lavoro lombardo dell'area della salute mentale.

A fine maggio, ha preso il via, in collaborazione con l'Istituto Regionale di Formazione (IREF) il **percorso formativo per i neo-assunti nell'area della salute mentale** nel rispetto delle indicazioni previste nel Piano Regionale Triennale per la Salute Mentale (PRSM) e successivamente il DRG 17513 del 17 maggio 2004, in accordo con le successive determinazioni regionali Circolare 28/SAN del 2009.

Individuati i docenti il progetto è stato inserito nel Piano Formativo Regionale per il 2009 e quindi inviato all'IREF per l'attuazione. Il Progetto pilota appena avviato dovrebbe poi permettere la diffusione dello stesso all'interno delle aziende.

Il gruppo di lavoro ha evidenziato in Regione Lombardia, l'importanza che le A.O. si impegnino a realizzare almeno un corso all'anno. La seconda edizione dell'evento formativo per i neo assunti è stata organizzata per l'autunno dell'anno in corso.

Al corso sono stati ammessi 2 operatori per ogni uno dei 32 DSM della Regione Lombardia con un requisito che è quello di operare in ambito psichiatrico dal 1° gennaio 2008. Il corso ha avuto il riconoscimento dalle A.O. di "aggiornamento obbligatorio". La Direzione Generale Sanità ha individuato alcuni professionisti medici e sanitari che si sono integrati nel gruppo di progetto per dare un apporto multi professionale alle tematiche affrontate. Il gruppo di lavoro infermieristico ha definito gli obiettivi, il programma e i docenti infermieri

Il programma prevede la possibilità di raggiungere i seguenti obiettivi:

- A. conoscere l'evoluzione dell'infermiere e dell'assistenza infermieristica in psichiatria
- B. conoscere il percorso storico e legislativo
- C. conoscere le principali patologie di interesse psichiatrico e relative strategie assistenziali
- D. conoscere le principali categorie psicofarmacologiche e loro interazione
- E. apprendere i fondamenti teorici che regolano la relazione terapeutica
- F. conoscere le principali tecniche di riabilitazione in psichiatria
- G. conoscere e sperimentare strumenti per l'attivazione di progetti assistenziali di Case Management psico-sociale

In data 4 marzo 2009 la Direzione Generale per la Progettazione e Sviluppo Piani della Regione Lombardia nella persona della Dott.ssa Marina Morganti, ha chiesto al nostro gruppo di lavoro, l'individuazione di un referente che lo rappresenti negli incontri di progettazione operativa che si svolgeranno con IREF e con altri professionisti individuati dalla DG Sanità.

In data 9 marzo 2009 il gruppo ha individuato Cesare Moro come referente per la parte tecnica in Regione Lombardia; Beatrice Mazzoleni (attuale coordinatore del gruppo) come referente politico.

Gruppo di lavoro infermieri area salute mentale Regione Lombardia

È stato realizzato un grande obiettivo dal Gruppo di Lavoro Infermieri Lombardi/Area della Salute Mentale/Psichiatria

È proprio con la progettazione, l'attivazione e la gestione del corso per neo inserito in ambito psichiatrico che la professione infermieristica ha dimostrato tutto il potenziale che i professionisti infermieri hanno: capacità di valutazione dei bisogni, identificazione delle criticità, definizione di obiettivi chiari e concreti, definizione di strategie per raggiungerli, un patrimonio unico all'interno del panorama sanitario e per questo non sostituibile da altro professionista.

Oggi gli infermieri siedono ad un tavolo tecnico della Regione Lombardia per collaborare nella formazione infermieristica psichiatrica. Il gruppo di lavoro ha ricevuto consensi unanimi in Regione per la concretezza dell'attività svolta in questi tre anni.

La Regione Lombardia si è resa disponibile a collaborare con il gruppo di lavoro per ogni tipo di iniziativa tendente a migliorare la qualità della formazione infermieristica nell'Area delle Salute Mentale/Psichiatria.

I Collegi hanno rinnovato i loro direttivi assicurando attraverso il Coordinamento Regionale da subito la disponibilità a sostenere i lavori del gruppo. Questo ci permetterà di provare a raggiungere un altro obiettivo del gruppo di lavoro che sarà l'organizzazione di un **Convegno Regionale** Infermieristico sul sempre delicato tema della contenzione. Sarà anche l'occasione per presentare il lavoro svolto sino ad oggi a tutti i colleghi infermieri della Regione Lombardia e dare l'avvio alla costituzione di un'associazione infermieristica di area psichiatrica il cui nome sarà **"Infermieri della Mente"**.

Per qualsiasi informazione e chiarimento è possibile contattare:

BÉATRICE MAZZOLENI (Presidente del Collegio IPASVI di Bergamo) Coordinatore Gruppo Infermieri Area Psichiatrica Collegi IPASVI Lombardia presso il Collegio IPASVI di Bergamo
Tel. 035.217090 - Fax 035.236332
collegio@infermieribergamo.it

ERCOLE PIANI (Presidente Collegio IPASVI di Sondrio) presso Collegio IPASVI Sondrio

CRISTINA FINARDI (Revisore dei Conti Collegio Ipasvi Milano) Infermiera con Funzioni di Coordinamento c/o SPDC Fatebenefratelli - Milano
www.ipasvimi.it - info@ipasvimi.it

CESARE MORO (Infermiere A.F.D. Area Salute Mentale A.O. Treviglio - BG)
moro.cesare@libero.it

ANNAMARIA TANZI (Consigliere Collegio IPASVI PV) Infermiera c/o C.R.A. Comunità Torchietto
Tel. 0382.432808 - annamaria.tanzi@alice.it

ANNA MARIA BERGONZI (Consigliera Collegio IPASVI PV) Infermiera A.F.D. - S.P.D.C. Pavia
Tel. 0382.501816
anna_maria_bergonzi@ospedali.pavia.it



SM19

CONVEGNO OSS SETTEMBRE 2009

Il Collegio Ipasvi di Bergamo e Focus Group organizzano un evento formativo in data 16/09/2009 dal titolo "Lavorare insieme: la collaborazione tra infermiere e operatori di supporto".

SEDE DEL CORSO Bergamo, Casa del giovane, via M. Gavazzeni n° 13
CREDITI E CM Richiesti per la figura professionale di Infermiere
POSTI DISPONIBILI 300

PROGRAMMA

SESSIONE MATTUTINA

Ore 8,30

Registrazione dei partecipanti

Ore 9,00

Introduzione all'Argomento
Beatrice Mazzoleni, Presidente del Collegio IPASVI di Bergamo

Ore 9,15

L'Operatore Socio-Sanitario e l'Infermiere: aspetti legislativi e responsabilità
Manuela Gustinetti

Ore 10,15

L'Operatore Socio Sanitario: normativa, attribuzioni, evoluzione nella Regione Lombardia
Flavia Zanella

Ore 11,30

Break

Ore 11,50

L'Operatore Socio Sanitario come risorsa in Terapia Intensiva - *Andreina Scotti*

Ore 13,00

Dibattito

Ore 13,30

Pausa pranzo

SESSIONE POMERIDIANA

Ore 14,30

Prospettive di integrazione in Unità Operativa di Chirurgia
Emanuela Signorelli

Gli Infermieri e le figure di supporto esperienza in Nefrologia
Zaccheo Giupponi, Simona Plebani
L'inserimento degli OSS in SPDC
Filomena Barletta

Ore 16,00

Tavola rotonda
Zaccheo Giupponi, Emanuela Signorelli, Simona Plebani, Filomena Barletta

Ore 16,30

Dibattito

Ore 17,30

Somministrazione questionari

Ore 18,00

Chiusura dei lavori

**BUONE
VACANZE**