Numero 10
aprile/giugno 2000

AGORÀ

Spazio di informazione del Collegio IPASVI di Como

Basilica di San Fedele - Como

Sommario

- Editoriale
- Comitato di Redazione
- Shiatsu
- La libertà negata
- Ipotesi di Accreditamento
- Performance prof.le infermieristica
- Sentenze ex Osp.Psichiatrico
- Comm. Libera professione
- Commissione Formazione
- Bacheca

Sped. in abbonamento postale art. 2 comma 20/C legge 662/96 filiale di Como

e autonomia vogliono gli infermieri?..."; modelli organizzativi medicocentrici che impediscono l'espressione della professionalità e della competenza infermieristica quale contributo importante al risultato salute; una difficoltà a farsi riconoscere dai cittadini come INFERMIERI e non come serventi e via in questo modo per molti altri aspetti. E così l'infermiere già in esercizio si disaffeziona e si demotiva, e che deve decidere se fare il corso, ci pensa un po' di volte e si indirizza verso professioni che godono di uno status diverso.

Sono fermamente convinta, però, che devono essere in primis i professionisti stessi a dare un contributo concreto, in termini di competenza, di responsabilità, di servizio esclusivo, per modificare lo status di una professione: ci sono riuscite professioni numericamente inferiori a noi, perchè non dovremmo riuscirci noi che siamo circa 330.000 (46.000 in Lombardia)?

Certo, l'importante è camminare assieme verso un obiettivo condiviso.

COMITATO DI REDAZIONE

IPAFD M.Luisa Bianchi IP Oreste Ronchetti
IPAFD Rosabianca Sergeant IPAFD Doriana Valle

Ci siamo visti costretti, per altro con grande gioia, a dover aumentare il numero di pagine del nostro giornale, per dare spazio alle riflessioni dei colleghi.

Per questo crediamo di dover ringraziare chi ha creduto importante inviarci le proprie riflessioni per concorrere alla crescita professionale della nostra categoria. Pensiamo che questo giornale debba e possa diventare lo strumento degli Infermieri Professionali che operano nella provincia di Como, per riflettere e crescere professionalmente.

Quindi chiediamo a tutti gli iscritti di raccogliere questi spunti e di farli propri per poterci inviare proprie riflessioni, proprie idee, perchè la crescita professionale può e deve passare da queste pagine.

Dopo un'Assemblea partecipata (50 partecipanti), occorre, crediamo, un ulteriore spunto per dire che ci siamo e che crediamo nel nostro ruolo di professionisti dell'assistenza.

Anche le tue idee, le tue riflessioni, le tue esperienze,sono importanti.
Fai uno sforzo e comunicale a tutti attraverso Agorà,
per molti potrebbe essere importante!

" SHIATSU ? "

di PEDRAZZOLI LAURA
Operatore Shiatsu

La parola shiatsu è tradotta dal giapponese in più modi ("soffio", "tocco"), ma la versione che meglio rende l'idea è "premere con le dita".

È diventato d'uso comune definire lo shiatsu un massaggio, ma questo confonde le idee: in realtà non è facile categorizzarlo nel mondo della medicina occidentale.

Lo shiatsu è un modo di curarsi che per convenzione chiameremo terapia o trattamento manuale.

Nasce in Giappone agli inizi di questo secolo come rielaborazione di un trattamento manuale, l'Anmà, il quale a sua volta deriva probabilmente dall'Anfà, una delle tecniche manuali e di massaggio della

Medicina Tradizionale Cinese

(Tuinà).

Il Tuinà costituisce una delle branche della MTC, il cui primo testo risale al 200 a.C., e che già si presentava come codificazione di una tradizione molto antica.

Da questo breve accenno storiografico si comprende che lo shiatsu è una tecnica moderna con alle spalle una tradizione molto antica, quella della MTC, dal cui pensiero ha attinto i principi fondamentali.

In MTC l'essere umano è corpo fisico e corpo energetico o corpo sottile. Il primo è direttamente subordinato al secondo, ovvero la salute del corpo fisico dipende dall'armonia del corpo energetico: in MTC non esiste il concetto di malattia, che viene considerata uno squilibrio energetico dello stato di salute. Pertanto è utile operare per un riequilibrio dello stato energetico non considerando il problema come si presenta, bensì considerando lo stato generale della persona, approfondendo tramite l'ascolto, che si effettua con le mani in specifici punti diagnostici, lo stato delle sue

energie e cercando di comprendere quale tipo di energia è realmente disequilibrata.
Un esempio pratico renderà meglio l'idea: se una persona soffre spesso di bronchite significa che ha una debolezza dell'energia di polmone. Non è molto utile però lavorare sul meridiano di polmone per stimolare il riassetto di questa energia, perchè non siamo andati realmente alla fonte del problema, che verrà raggiunta solo avendo una visione più ampia dello stato di tutte le energie del paziente. Facilmente l'origine del disequilibrio sarà su un qualsiasi altro meridiano. Se ci troviamo di fronte ad una persona caratteriale ed arrogante probabilmente l'origine la troveremo nell'energia di fegato; se la persona in questione si presenta timida e dimessa ci sarà una probabile disarmonia del meridiano di cuore; e potremmo continuare con numerose altre probabilità.

Questo prologo è stato necessario per far comprendere al lettore che per curare con lo shiatsu è indispensabile spostare l'attenzione dalla malattia alla connessione della stessa con la persona, e che se questo passo non avviene lo shiatsu non sarà efficace ma diverrà un bel massaggio rilassante, come viene comunemente denominato.

Ma che cos'è lo shiatsu in definitiva?

Ebbene, lo shiatsu è tecnica di pressioni con dita, o palmo della mano, o gomiti, o ginocchio, che si effettuano in specifici punti del corpo, dislocati lungo i dodici meridiani dell'energia, che hanno valenze diverse, utili a far fluire meglio le energie, con lo scopo di ridare benessere secondo le antiche teorie taoiste, per le quali il fluire energetico significa trasformazione, mutamento, alternanza, movimento di due elementi inscindibili e fondamentali dell'energia vitale (QI):

YIN e YANG.

Il QI è la grande forza che sottintende la vita non solo dell'essere umano ma di tutto ciò che è vivente, dalla cellula all'universo, mediante l'alternanza di Yin e Yang.
Gli esempi appariranno un po' banali, ma renderanno l'idea.

L'uomo vive di inspirazione ed espirazione, di ingestione di cibo (materia) ed eliminazione di materia, di sonno e veglia; nel corso della vita sperimenta gioie e dolore, desiderio ed appagamento, sofferenza e piacere, amore ed odio, forza e debolezza. Insomma, laddove c'è vita c'è dualismo, c'è la presenza di energie contrapposte ma complementari, esattamente come Yin e Yang, e solo l'alternanza e la trasformazione di questi due elementi producono il QI, ovvero l'energia vitale.
Yin e Yang hanno valenze diverse, ma per comodità ridurremo la definizione di Yin come " **energia femminile o materia** " e Yang come " **energia maschile o spirito** ".
Anche nell'essere umano, che sia maschio o femmina, ritroviamo i due elementi fondamentali. Ovviamente si manifestano in due proporzioni diverse: nella donna la dominante e Yin rispetto a Yang e nell'uomo è al contrario, ma sia nel maschio che nella femmina sono presenti le due forze ed in entrambi il QI si manifesta attraverso i **dodici meridiani** (canali) energetici: Polmone, Intestino Crasso, Stomaco, Milza, Cuore, Intestino Tenue, Vescica Urinaria, Rene, Vescica Biliare, Fegato, Mastro del Cuore e Triplice Riscaldatore.

Lo shiatsu-terapista semplicemente con il contatto delle mani sui punti diagnostici dei suddetti meridiani, che si trovano sia sull'addome che sulla schiena, valuta la situazione energetica degli stessi ed opera con le pressioni sui punti interessati per riequilibrare le energie. Per esempio, la presenza di un'infiammazione, di qualsiasi natura, indica un addensamento di energie nel punto infiammato, detto pieno energetico. Secondo la legge del dualismo il terapista deve individuare dove si trova il vuoto di energia che ha provocato lo squilibrio, stabilire a quale meridiano appartiene e richiamare l'energia con le pressioni.
Come detto nel primo esempio, ogni persona può presentare un disequilibrio diverso ad uno stesso problema: è quindi compito dello shiatsu-terapista entrare in contatto con la persona in modo adeguato, considerando e rispettando il suo essere, operando per il miglioramento del suo essere.
Nello shiatsu vi sono altre teorie o schemi che vengono adottati, ma è meglio tralasciare, in quanto troppo tecnici e sicuramente noiosi per un lettore non competente; inoltre tutte si ricollegano alla teoria di Yin e Yang.

Concludendo, lo shiatsu può essere considerato uno strumento per allenare e potenziare la propria naturale capacità, educandoci ad andare verso l'altro con lo stesso atteggiamento con cui un genitore va verso un figlio, senza aspettative, senza contestualizzazioni, senza presunzione, ma con chiara intenzione di agire per il suo bene.

Lo shiatsu è consigliabile a tutti coloro che tramite questa pratica manuale desiderano conoscere meglio le proprie energie, al fine di poterle ottimizzare per un'esistenza basata sulla consapevolezza del proprio essere.

LA LIBERTÁ NEGATA

ORNELLA PODESTA'
I.P. referente del Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura di Como

Le premesse

Un luogo ampio, spazioso, salubre, situato in una posizione splendida, circondato da mura, riempito da reparti secolari, spesso fatiscenti, con sbarre alle finestre, cameroni lugubri, personale reclutato alla bella e meglio, fino agli anni 70, in seguito fornito di "patente". Questo ciò che la legge definiva ospedale psichiatrico, ma che in effetti era uno stabilimento.
A fatica si è percorso il tentativo di inserire figure professionali adatte, gli "infermieri professionali" con una pregevole preparazione tecnica infermieristica, ma con nessuna preparazione psichiatrica e soprattutto di relazione: spesso un dramma per l'organizzazione. Nessuno che abbia insegnato loro che il malato è cosa diversa dalla malattia, che un delirio è pur sempre un modo di vedere il mondo, rispetto ai normali canoni, e che in una certa misura va rispettato anche se non compreso.

Cosa è successo

Ora si è concluso un percorso di riconversione degli ex op che ha portato, "forse", alla loro definitiva chiusura ed ha innescato un nuovo percorso, ritenuto più idoneo al trattamento delle persone, più dignitoso e umano. Ma sarà esso anche più idoneo al trattamento dei malati mentali? Certamente è stato indispensabile chiudere quei luoghi ormai saturi di violenza, degradazione, di storia terribile e temibile: si è determinata con ciò una necessaria ed opportuna maturazione nella educazione sociale.
La domanda che nasce spontanea è: dove sono finiti quei poveretti che abitavano il manicomio?
Rispondere alla domanda è compito assai arduo.
Si può ipotizzare che siano distribuiti in altri istituti, affidati a cooperative sociali spesso discutibili, con parametri di assistenza molto labili, con utilizzo spesso di figure professionali inappropriate "psicologi, ecc"., quasi del tutto privi di figure infermieristiche competenti, con molti lavoranti con esperienza psichiatrica nulla, ma che in compenso costano poco.
Non dico una eresia se affermo che la psichiatria è il business del 2000. Tutti ormai sono diventati operatori sociali con una particolare attenzione al disagio psichiatrico. E non è tutto. A ciò segue una disparità di trattamento ed assistenza senza eguali tra chi è matto dentro e chi è matto fuori, dentro il manicomio, fuori nella famiglia.
Al primo tutto gratuito, al secondo tutto a pagamento.
Alcuni pensano di aver dato maggior libertà al matto, al recluso ecc. Credo che ciò non sia vero. Il periodo intenso della critica e della "rottura internazionale" che si avviò concretamente a partire dalla metà degli anni 60 significò anche la rottura delle barriere frapposte alla comunicazione fra i protagonisti del dramma manicomiale ed il mondo esterno.
Oggi il panorama è cambiato, per diversi aspetti.
Venuta meno la partecipazione diffusa alla vita dei servizi sanitari, che è alimentata ormai solo dai gruppi dei familiari e quelli di auto-aiuto, il mondo specialistico della psichiatria si è allontanato da quello dei cittadini comuni: non è più racchiuso nel manicomio, ma nell'universo non meno inaccessibile del "nuovo scientismo" della psichiatria, sempre più legata ai modelli concettuali della medicina interna e al linguaggio affascinante ma incomprensibile ai più, della biochimica e delle neuroscienze. È più difficile la comunicazione sociale intesa come esperienza di scambio e partecipazione ed è aumentata la ricezione passiva delle informazioni veicolate, con semplicità e ingannevole autorevolezza, dai mezzi di massa come, soprattutto, dalla televisione.
Il malato psichico, temo, è oggi ancor più drammaticamente solo perché incompreso è il senso della sua sofferenza: se veramente nella follia tutto accade per errori biochimici curabili con psicofarmaci, che bisogno ha la psichiatria di cercare, con pena e fatica, di comprendere i pensieri, le fantasie, le angosce, le apparenti bizzarrie del malato? Ma se non riesce a comprenderlo, come può accompagnare il paziente, nei momenti difficili della sua esistenza, e al contempo essere al fianco dei familiari e dei protagonisti del suo ambiente per sostenerli e facilitare la comunicazione con il mondo apparentemente impenetrabile del malato?

Cosa bisogna fare

Certamente la situazione attuale dei servizi psichiatrici pone a tutti una nuova sfida e richiama nuove responsabilità. Schematicamente credo di poter dire che spetta all'operatore della psichiatria ricominciare ad avvicinarsi al paziente e agli "altri" per comunicare, trovando alleanze, canali e linguaggi appropriati e semplificando il suo gergo senza per questo banalizzare i problemi. Pensiamo solo alle difficoltà che solleva l'applicazione rigorosa ed eticamente ineccepibile del consenso informato.

I mezzi di comunicazione di massa, a loro volta, dovrebbero rinunciare a drammatizzare i problemi della psichiatria e a ridurre questioni straordinariamente complesse a poche formule semplicistiche, per favorire invece una divulgazione positiva che gradualmente faccia crescere i livelli di consapevolezza e di capacità critica. Infine, è di tutti il dovere di consentire al cittadino di uscire, anche in questo settore cruciale, dal suo eterno stato di minorità per appropriarsi attivamente, e contribuire a gestire, i problemi della salute mentale.
Contrariamente all'asserzione della psichiatria "paga per il servizio", gli obiettivi e la durata degli interventi terapeutici possono e devono essere articolati in termini comprensibili a tutti.

Fare chiarezza

Per questo vanno chiariti alcuni concetti e fugati alcuni fraintendimenti che possono causare non poco danno. Prima fra gli altri quello delle strutture intermedie.
Le strutture intermedie, pur non rappresentando una novità nel panorama psichiatrico, si sono andate diffondendo in Italia in tempi recenti ed in modo disomogeneo sul territorio nazionale con gravi ritardi che hanno di fatto collocato il problema della assistenza al paziente cronico tra i fantasmi del manicomio e strutture territoriali fantasmatiche.
Il loro sviluppo si è accompagnato a profondi mutamenti nella cultura psichiatrica, per la critica all'istituzione ospedaliera ("manicomiale"), quali la crisi del concetto di cronicità, la valorizzazione dei fattori socio-ambientali e degli interventi terapeutico-riabilitativi, elementi che hanno come retroterra le rilevanti esperienze europee iniziate già a partire dagli anni Trenta.
Il tema delle strutture intermedie ha assunto crescente rilievo nel dibattito sui problemi di una assistenza psichiatrica capace di operare in assenza di ospedali psichiatrici ed alte sono state le aspettative sulle potenzialità terapeutiche e sulla capacità di fornire riposte ai bisogni ampi e complessi della cronicità che trovavano di fronte a sé un vuoto terapeutico. Il confronto con lo psicotico "che non guarisce", che fa "della catastrofe psicotica una modalità di vita discretamente stabilizzata", una "paradossale maniera di esistere non esistendo" si configura infatti come un'area critica, una zona buia della psichiatria.
Non avvenendo più quello che è stato definito il "modellamento psicotico manicomiale", abbiamo assistito al "modellamento psicotico territoriale" ed in antitesi alla "lungodegenza manicomiale" si è assistito all'affermarsi della "lungodegenza domiciliare", derivabile sia dallo stile di vita che il paziente cronico può assumere a casa propria sia dalla tendenza (inconfessata) degli operatori ad evitare i pazienti più scomodi e regrediti, che rifiutano il rapporto con il servizio e si oppongono ad ogni trattamento.
È emerso quindi il "bisogno di istituzione" che il paziente manifesta nella sua traiettoria spazio-temporale verso strutture in cui poter riorganizzare il suo complesso sistema relazionale, strutture che assumono il significato di spazio transizionale.
Non è sufficiente reinserire nell'ambiente il paziente cronico: è necessario consentirgli "fasi intermedie" nelle quali riprendere gradualmente possesso della persona, del corpo, delle facoltà più complesse e dei rapporti sociali e lavorativi".
Del resto la cronicità può essere altresì intesa non secondo coordinate temporali o nosologiche ma nella relazione tra l'oggetto definito cronico (un paziente un conflitto una relazione) e chi propone tale connotazione. Pazzagli e coll. hanno proposto di sostituire al concetto di "cronicizzazione del disturbo" quello di "cronicizzazione del rapporto", intendendo indicare ciò che capita "quando il paziente muore" in senso metaforico e diviene "atono, bidimensionale, inanimato nelle rappresentazioni emotive del gruppo curante".
Un altro punto da illuminare è quello di territorio.
Cosa si intende per territorio.
Territorio è un termine che in Italia, dopo la riforma psichiatrica più radicale ed utopistica, è andato a designare un atteggiamento di critica del sapere psichiatrico tradizionale.
Invece io intendo il territorio come le risorse concrete offerte dal contesto socio-culturale, nei suoi connotati storici e geografici. Quindi rivendico la necessità di radicare nel territorio gli interventi e i percorsi terapeutici, mantenendo intatta l'identità di operatori psichiatri.
Dunque positiva l'ipotesi di dotare il territorio di strutture intermedie avvertendo però il pericolo già segnalato da Asioli che il modello di assistenza extra-manicomiale induce negli operatori un atteggiamento opposto a quello della cultura manicomiale, li porta a sopravvalutare le capacità dei pazienti ed a considerarli troppo sani (o perlomeno più sani di quanto non siano in realtà); può così capitare che gli operatori tendano a nutrire livelli di aspettative irrealistiche e finiscano per chiedere troppo, provocando sentimenti di inadeguatezza, frustrazione perchè "camminano più veloci dei pazienti ed hanno troppa fretta di vederli camminare". Si corre il rischio di vanificare il principio secondo cui le aspettative positive aiutano i pazienti a cambiare, quelle negative causano una "profezia che si autoavvera" ed il paziente risponde negativamente essendo influenzato dall'autorità di coloro che lo circondano, orientata ad una aspettativa di insuccesso.
Al contrario il processo terapeutico dovrebbe essere quindi "uno strumento di lavoro dinamico, da adattare e rivisitare continuamente, posizionandolo tra dimensione ideale e reale ...".
Se vogliamo che la salute mentale sia un beneficio di tutti, i costi vanno controllati così come va tenuto sotto controllo la quantità e la dislocazione del personale medico ma soprattutto quello infermieristico specializzato.
Questa è la prima cosa che fa l'assistenza controllata, facendo sì che ogni medico abbia abbastanza pazienti e veda abbastanza disturbi reali per restare aggiornato e non avere il motivo di esagerare i trattamenti in difesa dell'ultima spiaggia consapevoli che l' "aver dato la massima libertà" per la teoria che gli opposti si toccano, "equivale ad averla negata completamente".

Non è il caso di offrire nessun spazio per fare il matto.

IPOTESI DI CRITERI DI ACCREDITAMENTO ALL'ECCELLENZA DEL DIPARTIMENTO INFERMIERISTICO IN UNA AZIENDA OSPEDALIERA

di IID Barbara Mangiacavalli
IID Paola Zappa

Le politiche generali della sanità italiana di questi ultimi dieci anni hanno modificato profondamente gli assetti organizzativi, ridefinendo il mandato del Servizio Sanitario Nazionale.
In tale contesto si stanno sempre più facendo strada le strategie per il controllo dell'assistenza sanitaria erogata agli utenti e sono sorte esperienze di accreditamento, orientate ad individuare strumenti, metodi e procedure per analizzare e migliorare la realtà sanitaria.
In questo processo di cambiamento si è andata ad inserire l'avvertita necessità del gruppo professionale di elaborare dei criteri di accreditamento del Dipartimento Infermieristico. Tale impegno fa riferimento **all'accreditamento professionale all'eccellenza,** e quindi ad una attività volontaria, tendente alla ottimizzazione delle prestazioni sui clienti/utenti e mirante a valorizzare e promuovere l'immagine della professione infermieristica nella società.
La spinta a porre le basi per una autovalutazione costante e per l'autopromozione della professione a tutti i suoi livelli di espressione, ha visto come primo momento il chiarimento sulla natura istituzionale del Dipartimento Infermieristico.

NATURA ISTITUZIONALE DEL DIPARTIMENTO INFERMIERISTICO

Vision

Il Dipartimento Infermieristico è una struttura titolare di indirizzo, organizzazione e coordinamento del personale infermieristico e ausiliario delle unità operative, servizi e presidi, che si propone di assicurare l'impiego ottimale del personale stesso, per fornire un'assistenza individualizzata e di qualità a tutti gli utenti/clienti, nel rispetto delle norme etiche e deontologiche.

Mission

Finalità del Dipartimento Infermieristico è garantire la risposta al bisogno di assistenza infermieristica dell'utenza, che comprende bisogni di base e bisogni in relazione allo stato di salute.
Esso garantisce l'erogazione dell'assistenza infermieristica attraverso la gestione delle risorse umane e materiali in tutti gli ambiti nei quali si svolge.
Il dipartimento ha anche la responsabilità di garantire l'assistenza alberghiera, in quanto funzionale all'assistenza infermieristica.

Il passo immediatamente successivo è consistito nel mettere in campo le conoscenze dei professionisti "esperti", per giungere alla scelta e alla stesura dei criteri.
Sono stati identificati 53 criteri:

- 19 relativi all'organizzazione generale
- 2 relativi alla struttura
- 3 relativi a attrezzature/dotazioni
- 7 relativi a formazione e aggiornamento
- 8 relativi a sistema informativo e documentazione
- 6 relativi a valutazione e miglioramento
- 4 relativi a linee guida e procedure
- 2 relativi a sicurezza e soddisfazione del personale
- 2 relativi a diritti e soddisfazione degli utenti

per la cui ponderazione si è fatto riferimento ad un massimo di cinque livelli di adesione, con i relativi punteggi.

livello 1	corrispondenza assoluta al criterio	punti 1
livello 2	corrispondenza significativa al criterio	punti 2
livello 3	corrispondenza parziale al criterio	punti 3
livello 4	corrispondenza minima al criterio	punti 4
livello 5	assenza di corrispondenza al criterio	punti 5

Per alcune voci - ad esempio creazione di protocolli specifici - esiste la forma dicotomica presenza/assenza:

SI = 1 punto NO = 5 punti

Il punteggio totale è stato ipotizzato nel seguente modo:

- 91 punti CORRISPONDENZA ASSOLUTA - ACCREDITAMENTO ALL'ECCELLENZA
- da 92 a 445 punti CORRISPONDENZA MINIMA O PARZIALE - ACCREDITAMENTO MINIMO con necessità di revisione di aspetti mirati
- 446 punti ASSENZA DI CORRISPONDENZA - NON ACCREDITAMENTO.

Di seguito è riportato il documento complessivo "criteri di accreditamento di un dipartimento infermieristico in una azienda ospedaliera".

1. ORGANIZZAZIONE GENERALE

Definizione: il Dipartimento Infermieristico (D.I.) deve assicurare:

- l'efficacia ed efficienza delle prestazioni infermieristiche, concorrendo alla gestione organizzativa dei relativi interventi alberghieri, in quanto funzionali all'assistenza infermieristica, per garantire una risposta appropriata ai bisogni di salute dei cittadini, in sintonia con le finalità dell'Azienda
- l'efficacia e l'efficienza degli interventi di formazione ed aggiornamento del personale
- la promozione di progetti di ricerca
- l'omogeneizzazione degli standard operativi.

1.1 Esiste un documento in cui sono esplicitati la visione strategica e gli obiettivi generali del Dipartimento, integrati in quelli dell'Azienda.

Punteggio	Livello di adesione
1	È presente un documento contenente la visione strategica e obiettivi generali
3	È presente un documento contenente solo la visione strategica o solo gli obiettivi generali
5	Non esiste tale documento

1.2 Gli obiettivi specifici del dipartimento devono essere:

- basati su specifici bisogni/domanda rilevati/stimati nella popolazione e/o su mandato istituzionale (leggi, norme)
- misurabili
- contenere la definizione di tempi e risorse necessarie al loro perseguimento
- congruenti con i livelli organizzativi sopra ordinati (azienda)

Punteggio	Livello di adesione
1	Almeno il 90% degli obiettivi corrisponde alle caratteristiche
2	Tra il 50 e il 90% degli obiettivi corrisponde alle caratteristiche
3	Meno del 50% degli obiettivi corrisponde alle caratteristiche
4	Le caratteristiche succitate sono rispettate solo saltuariamente
5	Nessun obiettivo corrisponde alle caratteristiche

1.3 Gli obiettivi sono orientati a garantire:

- la qualità tecnica delle prestazioni
- la qualità organizzativa
- i diritti e la soddisfazione degli utenti
- la sicurezza e la soddisfazione degli operatori

Punteggio	Livello di adesione
1	Gli obiettivi corrispondono alle caratteristiche
2	Gli obiettivi corrispondono ad almeno 2 delle caratteristiche
3	Gli obiettivi corrispondono ad almeno 1 delle caratteristiche
5	Nessun obiettivo corrisponde alle caratteristiche

1.4 Vi è evidenza che tutto il personale dei settori dell'Ufficio centrale e tutti gli operatori dell'azienda sono stati messi a conoscenza dell'esistenza degli obiettivi specifici.

Punteggio	Livello di adesione
1	Tutto il personale dei settori e tutti gli operatori dell'azienda sono stati messi a conoscenza dell'esistenza di tali obiettivi
3	Solo il personale dei settori è stato messo a conoscenza dell'esistenza di tali obiettivi
4	Solo parte del personale dei settori è stato messo a conoscenza di tali obiettivi
5	Il personale non è stato messo a conoscenza di tali obiettivi

Interpretazione: possono essere presenti verbali di riunioni, avvisi affissi, copie di lettere inviate, comunicazioni, ecc.

1.5 Gli obiettivi sono periodicamente riesaminati a scadenze prefissate e comunque almeno una volta ogni tre anni, o nel caso si verifichi un cambiamento nel ruolo delle struttura, una estensione o riduzione dei Servizi esistenti, un cambiamento delle conoscenze professionali, un cambiamento nell'organizzazione delle prestazioni, un cambiamento nell'organizzazione del personale.

Punteggio	Livello di adesione
1	Tutti gli obiettivi sono riesaminati almeno una volta ogni 3 anni o quando si verificano le altre condizioni
2	Gli obiettivi sono riesaminati saltuariamente (> 3 anni)
4	Gli obiettivi non sono mai riesaminati
5	Non sono definiti gli obiettivi

1.6 Sono definiti i requisiti specifici del Responsabile del Dipartimento, dei Responsabile dei settori dell'Ufficio centrale, dei Responsabili di Area

Elemento		Indicazione	
a	Il Responsabile del Dipartimento è in possesso del massimo titolo infermieristico	si	no
b	I Responsabili dei settori dell'ufficio centrale sono in possesso del massimo titolo infermieristico	si	no
c	I Responsabili di Area sono in possesso del massimo titolo infermieristico	si	no

1.7 È definita in modo dettagliato l'attribuzione del personale del Dipartimento e delle differenti unità organizzative, con il numero e la tipologia delle diverse figure professionali e di supporto.

Punteggio	Livello di adesione
1	È definita completamente la dotazione organica con il numero e la tipologia delle differenti figure professionali e di supporto
3	È definita parzialmente la dotazione organica con il numero e la tipologia delle differenti figure professionali e di supporto
5	Non è definita la dotazione organica

1.8 La dotazione organica stabilita è rispettata.

Punteggio	Livello di adesione
1	L'organico corrisponde al previsto
3	L'organico corrisponde al previsto almeno per il 70%
5	L'organico corrisponde al previsto in misura inferiore al 70%

1.9 Sono definite le funzioni che ogni figura è chiamata a svolgere.

Punteggio	Livello di adesione
1	Sono definite le funzioni che ogni figura è chiamata a svolgere
2	Sono definite solo parzialmente le funzioni delle figure professionali
3	Sono definite le funzioni solo per alcune figure professionali
4	Sono definite solo alcune funzioni per alcune figure professionali
5	Non sono definite le funzioni per nessuna figura professionale

1.10 Sono definiti, ai vari livelli, i meccanismi per le sostituzioni dei Responsabili in caso di assenza.

Punteggio	Livello di adesione
1	Sono definiti i meccanismi per le sostituzioni dei responsabili in caso di assenza
5	Non sono definiti i meccanismi per le sostituzioni dei responsabili in caso di assenza

1.11 Il Dirigente del dipartimento partecipa alla definizione dei criteri per il conferimento delle "posizioni organizzative" in Azienda.

Punteggio	Livello di adesione
1	Il Dirigente partecipa alla definizione dei criteri per il conferimento delle "posizioni Organizzative"
5	Il Dirigente non partecipa alla definizione dei criteri per il conferimento delle "posizioni Organizzative"

1.12 L'Ufficio centrale è aperto almeno 5 giorni alla settimana e svolge un servizio di pronta disponibilità.

Punteggio	Livello di adesione
1	L'Ufficio centrale è aperto almeno 5 giorni alla settimana e svolge la pronta disponibilità almeno di 12 ore
3	L'ufficio non svolge la pronta disponibilità
5	L'Ufficio è aperto meno di 5 giorni alla settimana

1.13 Esiste evidenza sulla flessibilità dell'impianto organizzativo proposto.

Punteggio	Livello di adesione
1	Esiste evidenza sulla flessibilità dell'impianto organizzativo proposto*
5	Non esiste evidenza sulla flessibilità dell'impianto organizzativo proposto

** conoscenza in tempo reale di presenze/assenza, mobilità, disponibilità nei reparti/servizi dei diversi presidi si intende, in particolare, la possibilità di interscambio - programmato o in urgenza - di personale tra U.O. dello stesso dipartimento e dipartimenti differenti*

1.14 Il personale del dipartimento, all'atto dell'assunzione, riceve una guida scritta che precisa : funzioni, responsabilità, linee gerarchiche, frequenza e modalità della valutazione del personale, indicazioni sui doveri/diritti dei dipendenti.

Punteggio	Livello di adesione
1	Il personale riceve la guida scritta al momento dell'assunzione
5	Il personale non riceve la guida scritta al momento dell'assunzione

1.15 Esiste documentazione scritta delle procedure per l'inserimento e la valutazione del personale neo-assunto.

	Documentazione	Presenza	
a	Linee guida per l'inserimento nell'unità operativa	si	no
b	Strumento per la valutazione	si	no

1.16 Sono definiti gli indicatori delle prestazioni alberghiere ed i relativi sistemi di verifica

Punteggio	Livello di adesione
1	Sono definiti gli indicatori delle prestazioni alberghiere ed i relativi sistemi di verifica
3	Sono definiti gli indicatori delle prestazioni alberghiere, ma non i sistemi di verifica
5	Non sono definiti né gli indicatori delle prestazioni alberghiere né i sistemi di verifica

1.17 Se vi sono servizi appaltati vi è evidenza che sono stati definiti criteri di qualità delle prestazioni e che esistono precisi e documentati sistemi di verifica del rispetto degli stessi.

Punteggio	Livello di adesione
1	Sono definiti gli indicatori delle prestazioni ed i relativi sistemi di verifica
3	Sono definiti gli indicatori delle prestazioni, ma non i sistemi di verifica
5	Non sono definiti né gli indicatori delle prestazioni né i sistemi di verifica

1.18 I Responsabili di tutti gli aspetti dell'assistenza infermieristica sono sempre infermieri professionali (o V.I. o ostetriche).

Punteggio	Livello di adesione
1	È presente per la fascia oraria e i giorni di apertura dell'U.O./ servizio almeno un I.P. per turno
3	È presente in ogni turno almeno un I.P., ma non per tutti i giorni di apertura
5	Non è presente in ogni turno un I.P.

1.19 Per ciascun livello di assistenza sono definiti i livelli di prestazioni (tempi) da garantire.

	Unità di misura minuto/pz/die (livello minimo)		Presenza	
a	Specialità di base	120	si	no
b	Specialità media assistenza riabilitazione lungodegenza	180	si	no
c	Specialità di elevata assistenza	240	si	no
d	Specialità dell'area sub intensiva	300	si	no
e	Specialità dell'area intensiva	600	si	no

2. STRUTTURE

2.1 Le caratteristiche strutturali devono essere adeguate ai bisogni, in particolare:

Strutture		Presenza	
a	Accesso chiaramente indicato dall'esterno	si	no
b	Locale per il dirigente	si	no
	Locali di segreteria	si	no
b	Spazio per colloqui "privati" con i dipendenti	si	no
c	Servizi igienici	si	no

2.2 Esistono spazi adeguati per l'archiviazione della documentazione del dipartimento.

Strutture		Presenza	
a	Cartelle dei dipendenti	si	no
b	Linee guida/protocolli	si	no
c	Corrispondenza in arrivo/partenza	si	no

3. ATTREZZATURE E DOTAZIONI

3.1 È presente l'attrezzatura essenziale per le attività di competenza.

Strutture		Presenza	
a	Computer	si	no
b	Stampante	si	no
c	Fax e/o collegamenti internet	si	no

3.2 Esiste evidenza che nella scelta dei presidi che vengono utilizzati dagli infermieri è richiesto e rispettato il parere tecnico espresso dal Responsabile di Area.

Punteggio	Livello di adesione
1	È richiesto e rispettato il parere tecnico nella scelta dei presidi utilizzati dagli infermieri
3	È richiesto, ma non è rispettato il parere tecnico nella scelta dei presidi utilizzati dagli infermieri
5	Non è richiesto il parere tecnico nella scelta dei presidi utilizzati dagli infermieri

3.3 È prontamente disponibile in ogni U.O. l'attrezzatura per la rianimazione cardiopolmonare

Punteggio	Livello di adesione
1	È disponibile l'attrezzatura per la rianimazione cardiopolmonare
5	Non è disponibile l'attrezzatura per la rianimazione cardiopolmonare

4. FORMAZIONE E AGGIORNAMENTO

4.1 È predisposto un piano annuale di formazione del personale.

Punteggio	Livello di adesione
1	È predisposto un piano annuale di formazione del personale
5	Non è predisposto un piano annuale di formazione del personale

4.2 È individuato un responsabile per il coordinamento del programma.

Punteggio	Livello di adesione
1	È individuato un responsabile per il coordinamento del programma
5	Non è individuato un responsabile per il coordinamento del programma

4.3 Il piano di formazione contiene l'analisi dei bisogni formativi e la definizione degli obiettivi.

Punteggio	Livello di adesione
1	Il piano di formazione contiene l'analisi dei bisogni formativi e la definizione degli obiettivi
3	Il piano di formazione contiene solo l'analisi dei bisogni formativi o la definizione degli obiettivi
5	Il piano di formazione non contiene né l'analisi dei bisogni formativi nè la definizione degli obiettivi

4.4 Esiste un sistema di valutazione degli esiti degli interventi formativi.

Punteggio	Livello di adesione
1	Esiste un sistema di valutazione degli esiti degli interventi formativi
5	Non esiste un sistema di valutazione degli esiti degli interventi formativi

4.5 Il personale di tutte le qualifiche partecipa, almeno ogni 5 anni, ad un corso di aggiorna-mento specifico per il proprio profilo.

Punteggio	Livello di adesione
1	Il personale di tutte le qualifiche partecipa, almeno ogni 5 anni, ad un corso di aggiornamento specifico per il proprio profilo
3	Il 70% del personale di tutte le qualifiche partecipa, almeno ogni 5 anni, ad un corso di aggiornamento specifico per il proprio profilo
5	Meno del 70% del personale di tutte le qualifiche partecipa, almeno ogni 5 anni, ad un corso di aggiornamento specifico per il proprio profilo

4.6 Sono divulgate le iniziative interne/esterne di aggiornamento con verbali, locandine, avvisi, ecc.

Punteggio	Livello di adesione
1	Sono divulgate le iniziative interne/esterne di aggiornamento
5	Non sono divulgate le iniziative interne/esterne di aggiornamento

4.7 Esiste una adeguata dotazione di testi e riviste scientifiche attinenti le attività svolte, facilmente accessibili.

		Presenza		**Accessibilità**	
a	Adeguata dotazione di testi e riviste scientifiche	si	no	si	no

5. SISTEMA INFORMATIVO E DOCUMENTAZIONE

Definizione: deve esistere una forma di registrazione di tutti i dipendenti, sia essa su registro cartaceo classico, computerizzato (auspicabile), o per moduli separati; in ogni caso si dovranno poter recuperare tutti i dati richiesti.

5.1 Esiste un archivio per la conservazione di tutti la documentazione relativa ai dipendenti e tale documentazione è costantemente accessibile per il personale autorizzato e solo per questo.

Punteggio	Livello di adesione
1	Esiste l'archivio, che è facilmente accessibile per il personale autorizzato
3	Esiste l'archivio, che non è costantemente accessibile e facilmente accessibile per il personale autorizzato
5	Non esiste un archivio

5.2 La cartella personale del dipendente deve contenere:

Contenuti		Presenza	
a	Dati anagrafici	si	no
b	Data di assunzione	si	no
c	Qualifica	si	no
d	U.O. di assegnazione	si	no
e	Trasferimenti/mobilità	si	no
f	Curriculum formativo e professionale	si	no

5.3 Viene redatta una relazione periodica sullo stato/attività del Dipartimento, in particolare illustrando il raggiungimento degli obiettivi.

Punteggio	Livello di adesione
1	Viene redatta una relazione periodica sullo stato/attività del Dipartimento, con illustrazione del raggiungimento degli obiettivi
3	Viene redatta una relazione periodica sullo stato/attività del Dipartimento, senza illustrazione del raggiungimento degli obiettivi
5	Non viene redatta una relazione periodica sullo stato/attività del Dipartimento

5.4 La relazione è portata a conoscenza del personale del Dipartimento e della direzione dell'Azienda.

Punteggio	Livello di adesione
1	La relazione è portata a conoscenza del personale del Dipartimento e della direzione dell'azienda
3	La relazione è portata a conoscenza del personale del Dipartimento o della direzione dell'azienda
5	La relazione non è portata a conoscenza né del personale del Dipartimento né della direzione dell'azienda

5.5 Vengono effettuate riunioni periodiche con gli IPAFD o responsabili delle U.O., preferibilmente con riassunto ed elenco dei partecipanti.

Punteggio	Livello di adesione
1	Vengono effettuate riunioni periodiche del Dipartimento di cui esiste documentazione, con riassunto ed elenco dei partecipanti
3	Vengono effettuate riunioni periodiche del Dipartimento di cui esiste documentazione, ma senza riassunto ed elenco dei partecipanti
5	Non esiste documentazione di riunioni periodiche del Dipartimento

5.6 Sono disponibili appositi strumenti per facilitare la circolazione delle informazioni all'interno del Dipartimento.

Strutture		Presenza	
a	Bacheche	si	no
b	Foglio informativo	si	no
c	Altro (descrivere)	si	no

5.7 Esiste un piano scritto per la rilevazione dei dati necessari alla costruzione degli indicatori richiesti dai livelli regionale e/o nazionale.

Punteggio	Livello di adesione
1	Esiste un piano scritto per la rilevazione dei dati necessari per gli indicatori richiesti
3	Esiste un piano scritto per la rilevazione di parte dei dati necessari per gli indicatori richiesti
5	Non esiste un piano scritto per la rilevazione dei dati necessari per gli indicatori richiesti

5.8 È presente una documentazione specifica dell'assistenza infermieristica (cartella o sche-da) in ogni U.O. di degenza, che garantisce un'assistenza personalizzata e continua.

Punteggio	Livello di adesione
1	È presente la documentazione infermieristica, è individuale per degente, viene compilata quotidianamente
3	È presente la documentazione infermieristica, viene compilata quotidianamente, ma non è individuale
5	Non è presente la documentazione infermieristica

6. VALUTAZIONE E MIGLIORAMENTO

6.1 Esiste un documento che delinea le politiche/strategie per la qualità delle prestazioni del Dipartimento.

Punteggio	Livello di adesione
1	Esiste un documento che delinea le politiche/strategie per la qualità delle prestazioni del Dipartimento
5	Non esiste un documento che delinea le politiche/strategie per la qualità delle prestazioni del Dipartimento

6.2 È nominato un responsabile del coordinamento delle attività di valutazione e promozione della qualità per specifici progetti.

Punteggio	Livello di adesione
1	È nominato un responsabile
5	Non è nominato un responsabile

6.3 Il Dipartimento deve progettare e coordinare almeno 2 attività focalizzate sulle procedure e sui risultati dell'assistenza infermieristica alla persona, e di tale attività deve esistere documentazione attendibile.

Punteggio	Livello di adesione
1	Esiste la documentazione di almeno 2 attività
5	Non esiste documentazione di tali attività

6.4 Sono documentabili le attività di valutazione predisposte dal Dipartimento, in particolare:

	Documenti	Presenza	
a	Verbali di riunioni di gruppo periodiche di valutazione di singoli problemi	si	no
b	Attività di VRQ	si	no
c	Monitoraggio attraverso sistemi di indicatori	si	no

6.5 Il programma di VRQ include i seguenti punti:

	Documenti	Presenza	
a	Valutazione del gradimento degli utenti	si	no
b	La valutazione delle prestazioni attraverso una verifica multidisciplinare	si	no

6.6 Devono essere documentate azioni per migliorare i problemi individuati e le verifiche a distanza di tempo, con cui viene valutata l'efficacia dell'intervento migliorativo.

Punteggio	Livello di adesione
1	Sono documentate le attività migliorative e le verifiche nel tempo
3	Sono documentate le attività migliorative ma non le verifiche nel tempo
5	Non sono documentate attività migliorative

6.7 Il personale è coinvolto nella formulazione e attivazione dei piani di miglioramento. I risultati di tale attività sono regolarmente comunicati al personale coinvolto.

Punteggio	Livello di adesione
1	Il personale è coinvolto nella formulazione e attivazione dei piani di miglioramento, ed è informato dei risultati delle attività
3	Il personale è coinvolto nella formulazione e attivazione dei piani di miglioramento, ma non è informato dei risultati delle attività
5	Il personale non è coinvolto nella formulazione e attivazione dei piani di miglioramento e non è informato dei risultati delle attività

7. LINEE GUIDA E PROCEDURE

7.1 Sono presenti delle linee-guida e i protocolli, che devono riportare i nomi degli autori o referenti e la data dell'ultima revisione.
Interpretazione: *Le linee-guida e i protocolli devono essere immediatamente disponibili, non possono essere semplicemente indicate nel contenuto di un libro, ma dovranno essere tenute a parte, con i nomi degli autori (o revisori) e la data dell'ultima revisione. Dovranno preferibilmente essere sintetiche, essenziali, mirate alla rapida consultazione e facilità d'uso.*

Queste linee-guida e protocolli sono richieste almeno per i seguenti problemi:

	Linee-guida e protocolli	Presenza	
a	Smaltimento rifiuti	si	no
b	Gestione urgenze/emergenze	si	no
c	P.S. ed evacuazione in caso di incendio	si	no
d	Organizzazione/gestione della camera mortuaria	si	no
e	Pulizie ordinarie, periodiche e straordinarie dell'ambiente e procedure di sanificazione ambientale	si	no
f	Accoglimento dell'utente nel reparto	si	no
g	Gestione degli oggetti di proprietà dell'utente	si	no
h	Gestione farmaci	si	no

7.2 Le linee-guida e i protocolli devono essere facilmente e costantemente disponibili.

Punteggio	Livello di adesione
1	Sono tutti facilmente accessibili
3	Solo una parte è facilmente accessibile
5	Non sono facilmente accessibili

7.3 Le linee-guida e i protocolli sono revisionati e aggiornati almeno ogni tre anni.

Punteggio	Livello di adesione
1	Sono revisionati a aggiornati almeno ogni tre anni
3	Sono revisionati a aggiornati ad intervalli superiori ai tre anni
5	Non vi è evidenza di periodica revisione

7.4 Vi deve essere evidenza che il personale è a conoscenza dell'esistenza e della collocazione delle linee-guida.

Punteggio	Livello di adesione
1	Il personale è a conoscenza dell'ubicazione dei protocolli e questi sono facilmente accessibili
3	Il personale è a conoscenza dell'ubicazione dei protocolli, ma questi non sono facilmente accessibili
5	Il personale non è a conoscenza dell'ubicazione di protocolli

8. SICUREZZA E SODDISFAZIONE DEL PERSONALE

8.1 In ogni U.O. sono presenti i dispositivi di protezione individuale, che vengono regolarmente utilizzati.

Punteggio	Livello di adesione
1	In ogni U.O. sono presenti i dispositivi di protezione individuale, che vengono regolarmente utilizzati
3	In ogni U.O. sono presenti i dispositivi di protezione individuale, ma non vengono regolarmente utilizzati
5	Non sono presenti i dispositivi di protezione individuale

8.2 Sono previste modalità appropriate per la valutazione e il monitoraggio del "clima" interno del Dipartimento.

	Strumenti valutativi	**Presenza**	
a	Tasso di partecipazione alle attività di formazione	si	no
b	Dati su attività scientifica e produzione di linee-guida	si	no
c	Tasso di assenza per malattie	si	no
d	Turn over del personale	si	no
e	Numero di procedure disciplinari	si	no
f	Numero di proteste dell'utenza e di altri servizi	si	no
g	Altre indagini sul clima interno (specificare)	si	no

9. DIRITTI E SODDISFAZIONE DELL'UTENTE

9.1 Vengono effettuate periodicamente indagini sulla soddisfazione dell'utente.

Punteggio	Livello di adesione
1	È stata eseguita una indagine sul grado di soddisfazione degli utenti e viene prevista una riedizione periodica
3	È stata eseguita una indagine sul grado di soddisfazione degli utenti ma non viene prevista una riedizione periodica

5	Non è stata eseguita alcuna indagine sul grado di soddisfazione degli utenti e non esiste documentazione sull'intenzione di eseguirne

9.2 Esiste un programma di attuazione della "Carta dei Servizi" comprensiva dei dati del Dipartimento.

Punteggio	Livello di adesione
	one della "Carta dei Servizi" comprensiva dei dati del Dipartimento
5	Esiste un programma di attuazione della "Carta dei Servizi" non comprensiva dei dati del Dipartimento

Risulta evidente che, rispetto al percorso operativo indicato dagli autori che in Italia si sono occupati di accreditamento, il lavoro si è interrotto alla fase terza, ossia alle azioni per la formazione/informazione degli esperti disciplinari, nonché produzione del primo elenco dei criteri per l'accreditamento all'eccellenza; l'obiettivo principe dello studio è stato, pertanto, quello di cominciare a delineare i criteri e gli indicatori per attivare il programma di miglioramento della qualità di prestazioni e/o servizi erogati dal Dipartimento Infermieristico, rimandando a tempi successivi la effettiva sperimentazione dei criteri, al fine di verificarne l'affidabilità, l'accettabilità, la fattibilità e la precisione.
Perciò il presente lavoro non è da intendersi come qualcosa di definitivo e compiuto, ma si vuole porre come primo "tassello", per arrivare alle attività valutative dei programmi di accreditamento professionale. Soprattutto, però, lo studio vorrebbe rappresentare uno stimolo per la riflessione e la crescita della professionalità degli infermieri e di coloro che con essi collaborano per cercare di dare delle risposte adeguate ai bisogni dei cittadini/utenti.

BIBLIOGRAFIA

* AAVV "Caposala. Dipartimento - accreditamento. Realtà e prospettive per una sanità e una professione in cambiamento" Atti 6° Congresso Nazionale 1998 Grafiche Aurora - Verona
* Bonaldi A., Focarile F., Torreggiani A. "Curare la qualità" Guerini e associati ed. - Abbiategrasso 1994
* Di Stanislao F., Liva C. "Accreditamento dei servizi sanitari in Italia" Centro Scientifico Editore - Torino 1998
* Liruti M. "L'accreditamento del Servizio Infermieristico: una proposta. Foglio Notizie IPASVI, n° 3, 1997

OFFERTE DI LAVORO

RSA con sede in Como cerca INFERMIERI PROFESSIONALI da inserire nel proprio organico.
Si offrono retribuzione di sicuro interesse ed opportunità di sviluppo professionale (inserimento in progetto di cartella infermieristica, realizzazione e applicazione di protocolli infermieristci, pianificazione individuazione dell'assistenza ed altro ancora).
Si richiede disponibilità all'impegno e alla formazione professionale e nella relazione con gli ospiti.
Gli interessati possono contattare telefonicamente il numero 031.296828 dal lunedì al sabato dalle 8.00 alle 13.00

STUDIO PROFESSIONALE composto da soli infermieri cerca, per ampliamento dell'attività, colleghi disponibili a svolgere con noi il proprio lavoro.
Attuale disponibilità in servizi a domicilio, territoriali o in strutture residenziali.
Si richiedono capacità di adattamento, disponibilità alla formazione professionale continua e al lavoro di equipe.
Gli interessati possono inviare il proprio curriculum vitae via fax al numero 031.3338066 o all'indirizzo e-mail: studio.infermieri@tiscalinet.it

La segreteria del Collegio, vista la chiusura estiva del Centro Socio Pastorale C.Ferrari che la ospita, resterà chiusa per ferie

da lunedì 7 a venerdì 25 agosto 2000.

Gli uffici riapriranno lunedì 28 agosto.

Performance professionale infermieristica: individuazione degli indicatori

Storia di un cambiamento.

IPAFD GHIDELLI ROSANGELA

Un ambulatorio come tanti: pazienti prenotati quasi tutti alla stessa ora, che attendono per sottoporsi alla stessa visita medica. Ritardi quasi programmati, mugugni, sbuffi, controlli ravvicinati dell'orologio...finalmente arriva il medico. L'infermiera entra in ambulatorio e tutti i pazienti si accalcano davanti alla porta per poter entrare prima.

Un giorno, il medico e l'infermiera si fermano ed osservano l'ambiente in cui lavorano e come stanno lavorando.

Ci si rende conto di quante energie sprecate e di quanto malumore serpeggi sia tra gli operatori che tra i pazienti.

Il fatto di essersi fermati e guardare come veniva svolto il lavoro, è stata la svolta decisiva per un cambiamento radicale.

C'era la possibilità di riaprire un ambulatorio in altra sede e, forse, anche un day hospital... stava solo a noi trovare il modo per ottenerlo.

Abbiamo iniziato a scrivere, programmare, e a lavorare in modo diverso. Il medico, più avvantaggiato perché a conoscenza delle nuove metodologie che si intendeva applicare; l'infermiera ha letto, accettato e fatto sue quelle stesse metodologie, credendo fermamente che quella era la strada giusta (in quel momento) da percorrere insieme per raggiungere gli obiettivi comuni.

Alla luce del DPR 14 gennaio 1997 e delle direttive aziendali, le parole chiave che hanno pervaso il nostro mondo sono state:

- **professionalità infermieristica,**
- **qualità dell'assistenza infermieristica,**
- **sviluppo di standard infermieristici,**
- **valutazione della qualità dell'assistenza infermieristica.**

Nel nostro centro sono così arrivati i primi libri sull'applicazione delle ISO 9000; le riviste di QA che parlano di qualità; la rivista infermieristica Diabete e Infermiere che ha aperto nuovi orizzonti e stimolato la nostra curiosità. Sono giunte anche le Gazzette Ufficiali che impartivano regole e provvedimenti da adottare.

Tutto ciò ci ha obbligate ad informarci su che cosa sono le ISO, che campo di applicazione potevano avere nel nostro settore e soprattutto che differenza avrebbe portato lavorare in un modo invece che in un altro (eravamo poche ....ma toste!).

Anche in questo caso le infermiere si sono fermate per chiedersi ed interrogarsi (quante volte si era fatto prima?). Abbiamo iniziato un corso formativo con esperti di metodo che ci hanno formato; siamo state affiancate da esperti sulla VRQ ed MCQ che ci hanno messo nelle condizioni di muovere i primi passi, anche se in modo incerto. Ci siamo rese subito conto che troppe cose si davano per scontate....si era fatto così da sempre....ora quelle stesse cose venivano analizzate, guardate con occhi diversi e giudicate se ancora valide o no.

Anche in quel momento si è verificato un cambiamento, un aumento della nostra performance.

L'infermiera professionista che mette in atto strumenti operativi, educazionali e gestionali, così da sostenere un servizio efficace che miri all'eccellenza assistenziale, ad iso risorse, quindi con un ugual costo. Anche questo è diventato un campo importante!...I costi.

Nel vecchio ambulatorio mai nessuno si era preoccupato del "costo" della nostra prestazione e del "costo" della non qualità erogata! Oggi il contenimento dei costi e la razionalizzazione delle risorse, i nuovi bisogni sanitari e le nuove tecnologie ci impongono una nuova visione imprenditoriale dove la Persona viene valorizzata al massimo e dove la soddisfazione derivante dal lavoro deve essere di sostegno alla motivazione e ad una migliore produttività. Abbiamo così iniziato a valutare sotto molti aspetti il nostro lavoro. Ci siamo formate con corsi, riunioni, scambi di esperienze, incontri con infermiere di altre realtà operative, tutto per acquisire nuove esperienze e stimolo a lavorare in modo costruttivo. Il nostro obiettivo fondamentale e finale è quello di misurare il soddisfacimento dei "giusti" bisogni sanitari dei nostri clienti attraverso il monitoraggio della qualità dell'assistenza fornita.

La valutazione della qualità del risultato passa anche attraverso la valutazione del nostro operato, della nostra performance. Abbiamo sviluppato

- **nuove capacità manageriali**: ottimizzazione del tempo, di risorse ed informazioni;
- **capacità interpersonali**: influenzare in modo positivo l'ambiente di lavoro ed i rapporti con i colleghi;
- **abilità tecniche**: sviluppare strumenti di monitoraggio di raccolta dati che siano significativi per l'assistenza e l'analisi degli stessi.

In Europa e nei paesi avanzati l'Infermiere svolge un ruolo di esperto per lo sviluppo di criteri utili per la scelta di indicatori, al buon utilizzo delle risorse e alla diffusione delle informazioni.

Nel sistema Sanitario secondo la Joint Commission (organismo Americano di valutazione degli ospedali, per l'approfondimento dei metodi e strumenti tipici degli approcci al miglioramento continuo), le fonti dove misurare le varia-

zioni dei dati sono soprattutto

a) fattori relativi al cliente
b) fattori relativi all'ambiente
c) fattori che riguardano il personale

☞ I fattori che riguardano il cliente: Donabedian-76 scrive che per i pazienti/clienti/utenti, buona qualità non è solo l'appropriatezza dell'intervento, è soprattutto la soddisfazione delle aspettative: la partecipazione alle proprie problematiche, l'accoglienza e l'accessibilità dei servizi, il comfort, la continuità dell'assistenza.

☞ I fattori che riguardano l'ambiente: l'accessibilità ai servizi anche per i portatori di handicap,una chiara indicazione all'esterno, sale di attesa confortevoli. Assicurare quando necessario un sostegno psicologico, assicurare un comfort fisico, occuparsi di esigenze particolari, dando così una più attenta e migliore assistenza, un migliore soddisfacimento dei clienti.

☞ I fattori che riguardano il personale: è fondamentale che le persone siano entusiaste del lavoro, che lo sentano loro e che lo sentano importante. Anche le cose più piccole, che possono sembrare insignificanti e banali, diventano importanti e significative.

Soddisfare i bisogni...: per i nostri pazienti di allora e per i clienti di oggi (che sono gran parte gli stessi!!!) uno dei bisogni era senz'altro avere un appuntamento personalizzato, dove il fattore tempo aveva per loro un valore importante. Ci siamo impegnate a modificare e pianificare gli appuntamenti, risolvendo un annoso problema.

Queste sono le aree dove è necessario definire i criteri e gli standards per poter ottenere gli indicatori di buona qualità di un servizio in un periodo definito. Standards: che cosa sono?...sono lo specchio della professione.

In Italia, dove gli infermieri sono ancora alla ricerca di una identità professionale, gli standard diventano un sistema per rivedere la pratica, uno strumento di autonomia e di potere professionale. Gli standard ci aiutano a delimitare ed a distinguere il campo dell'assistenza infermieristica per impedire che la Qualità sia valutata da altri professionisti che misurano soprattutto la tecnica e l'abilità . Per esempio: quanto tempo impiega l'Infermiera a spiegare l'autocontrollo o quanta informazione viene data al giorno in un turno... Usando gli standard non si lavora secondo il proprio giudizio personale, ma viene valorizzato il lavoro di gruppo e lo standard diventa la guida per il miglioramento del nostro operato. Attraverso la produzione di standard i professionisti diventano più sicuri perché sono in grado di dimostrare gli effetti del loro intervento. Per sviluppare standard si devono usare i risultati riportati in letteratura per cui l'infermiere è obbligato a farsi domande ed interrogarsi sul suo lavoro ed essere più creativo.

Esempi di criteri di buona qualità sui quali costruire appropriati standards per la gestione delle informazioni:

- ☞ Il servizio pianifica e programma le procedure organizzative assicurando le informazioni necessarie a livello interno ed alle strutture esterne: reparti, uffici, Direzione Sanitaria, Servizi...
- ☞ Le procedure applicate permettono il rispetto dei criteri di privacy, di sicurezza e di corrispondenza dei dati ai referti
- ☞ Il servizio assicura appropriati livelli di sicurezza e segretezza nella trasmissione delle informazioni
- ☞ Tutto il personale è a conoscenza ed è in grado di gestire la raccolta e la trasmissione delle informazioni.

Attraverso la ricerca infermieristica vengono prodotte nuove conoscenze, l'infermiere acquista padronanza ed è più sicuro quando discute con altri professionisti. Si lavora in modo scientifico ed in gruppo, usando un linguaggio comune che migliora i rapporti interpersonali.

L'infermiere migliora continuamente la propria performace ogni qualvolta modifica il suo operato con protocolli, procedure operative, interventi educativi, relazione con gli altri. Migliorando lo standard iniziale delle attività (che devono essere documentate), utilizzando degli indicatori, possiamo produrre dei risultati che misurano il nostro lavoro.

Indicatori di qualità: "aggregazione di dati relativi a più soggetti o procedure che consente di misurare la qualità dell'assistenza erogata da un singolo operatore, da un servizio o da un sistema sanitario e di trarne indicazioni per migliorarlo" (Decreto legislativo 30 dicembre 1992 n. 502 "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 192, n. 421" .-G.U. 30 dicembre 1992 n. 305)

Nel nostro servizio possiamo costruire indicatori in vari settori:

N°infermieri preparatori di procedure
N°procedure

N°esami strumentali eseguiti all'interno del servizio
N° totale di esami strumentali richiesti

N° interventi educativi documentati in cartella
N° Infermiere Professionali

N° questionari valutativi disponibili
N° procedure educative

N° incontri educativi individuali
N° totale interventi educativi

Punteggio del questionario prima educazione
Punteggio del questionario dopo educazione

N° visite podologiche
N° tolate clienti

N° microalbuminuria
N° totale clienti

******** ********** ********

Dato il significato rotondo di questa sentenza che, senza orpelli, dichiara chiaramente che il ricovero nell'ex Ospedale Psichiatrico o San Martino di Como, doveva essere gratuito, ritengo difficilmente potrà essere radicalmente ribaltata in appello.
Questo perchè ci sono argomenti forti che l'assistono e la garantiscono e anche perchè il significato di fondo di questa sentenza è un po' questo: *il messaggio lanciato all'USSL, agli operatori del settore della sanità e agli psichiatrici, è che praticamente essi hanno sbagliato ad aspettare 20 anni ad attuare la legge Basaglia, ad abolire i manicomi concretamente.*
Hanno sbagliato perchè era loro preciso dovere di attivarsi per dare esecuzione a quella legge e se avessero speso i soldi trattenuti per quello scopo, forse nulla sarebbe stato loro contestato.
Hanno sbagliato perchè nel frattempo nella loro inerzia questi 480 malati, anzichè essere collocati in strutture alternative, hanno continuato ad essere custoditi in queste strutture manicomiali, spesso fatiscenti, a dormire in camere di 20 o 30 ciascuna, a ricevere prestazioni che soltanto per la buona voglia di molti operatori potevano dirsi andare oltre quella mera sorveglianza di cui "godevano" prima della riforma psichiatrica, insomma, *hanno avuto l'occasione per spendere questi soldi, e non l'hanno colpevolmente fatto, ora basta: li rendano!*
Dal punto di vista tecnico questa sentenza, come tutte le sentenze, non è inattaccabile, anzi, l'ospedale che è appunto il gestore della liquidazione dell'ex USSL, ha già preannunciato che è sua intenzione opporsi, ricorrere e chiedere la riforma di questa sentenza, e far dichiarare al contrario, che l'applicazione di questa retta è legittima.
È libero di farlo o no.
Per appellare una sentenza in Italia, secondo la legge, c'è un anno di tempo dal deposito della sentenza; ma c'è la possibilità di abbreviare e accorciare di trenta giorni questo tempo, e questo lo si ottiene notificando la sentenza all'USSL, all'Azienda Ospedaliera. Cosa che è già stata fatta per cui oggi stanno già correndo questi trenta giorni entro i quali l'USSL, anzi l'Azienda Ospedaliera, deve provvedere, se lo riterrà, ad appellare.
C'è un'altra regola dell'Ordinamento giuridico Italiano, però, che dice che tutte le sentenze anche quelle di primo grado devono essere obbedite, esse hanno valore di legge tra le parti. Una sentenza in questo è una piccola fetta di potere sovrano Italiano che si esplica.
Quindi se una sentenza del Tribunale della Repubblica dice "che questi soldi vanno restituiti" l'Ospedale deve restituirli.
C'è chi ha detto che questa sentenza ancora non è completa, perchè non prevede, malato per malato, i singoli importi che l'Ente Ospedaliero deve restituire; quindi si è detto: se non mi è chiaro il comando che mi viene fatto non è chiaro ciò cui io debba obbedire. Tuttavia l'USSL è un Ente Pubblico; non penso che i Dirigenti Responsabili di un Ente Pubblico possano nascondersi dietro ad un dito, dicendo di non sapere quanto hanno raccolto malato per malato, perchè la loro contabilità è precisa. Perciò loro sanno benissimo quanto, malato per malato, debbono restituire.
Per cui io ritengo che di fronte ad una sentenza della Repubblica Italiana l'unico atteggiamento concreto e doveroso, che deve fare chiunque e in particolare che deve fare un Ente Pubblico, è quello di obbedirvi e di cominciare a rendere disponibili queste somme. Poi facciano gli appelli che vogliono, ricorsi in Cassazione, facciano insomma quello che la legge permette a loro di fare.
Per adesso l'unica sentenza che c'è è questa ed è quella che gli ordina di restituire i soldi illegittimamente riscossi ai malati.

UNA SENTENZA FORMIDABILE

La sentenza del 18 settembre 1999 che ha pronunciato il **Dott. Beniamino Fargnoli**, Giudice del Tribunale di Como, in funzione del Giudice del lavoro è una sentenza formidabile.
Certo, si dirà, perché ci da ragione. Ma non solo.
Ciò che la rende formidabile è la sua costruzione, è la sua motivazione, è il modo tramite il quale si è giunti alla conclusione di dare pienezza al diritto alla salute per le persone con malattia psichiatrica cronica dell'ex Ospedale Psichiatrico S. Martino di Como.
La sentenza è anzitutto importante per le conclusioni.
Dice infatti il Tribunale:
"Per questi motivi, rigettata ogni altra istanza, eccezione, e deduzione;
- revoca i decreti ingiuntivi emessi dal Presidente del Tribunale di Como in data 12.01.1995 su istanza dell'USSL n. 11, poi USSL n. 5 Gestione liquidatoria e poi ASL di Como nei confronti di B.S. e di altri 65 ricorrenti;
- dichiara che il ricovero nel già Ospedale Psichiatrico di via Castelnuovo di Como dei ricorrenti è gratuito e

per l'effetto, sospende "incidenter tantum", la delibera dell'USSL n. 275/83,
- condanna l'USSL-ASL al pagamento delle spese processuali di controparte liquidate in £ 3.000.000 più IVA addizionale".

In queste conclusioni vi è un errore materiale (cioè un errore che non cambia la sostanza della sentenza, ma che pur tuttavia costituisce un problema), e cioè che il nuovo interlocutore, quello cui si rivolge il Tribunale non è più la USSL 5 e nemmeno la nuova ASL (Azienda Sanitaria Locale) di Como, ma è l'Azienda Ospedaliera S.Anna. Infatti con la Legge Regionale n. 31 del luglio 1997 la psichiatria, come il resto della specialistica, è stata trasferita alle aziende ospedaliere. Questo provvedimento che, come associazioni abbiamo pesantemente criticato, e che dovrà essere modificata al seguito del Decreto Legislativo 229 del 1999, ci ha fatto cambiare interlocutore e ci ha aumentato le difficoltà.

Come già abbiamo spiegato nella storia di questa vicenda dopo che il primo Direttore Generale, Dott. Giglio ha chiesto al Tribunale di inviare un'ingiunzione di pagamento a 29 pazienti (o loro tutori) dell'ex O.P., sono cambiati tre Direttori Generali: l'USSL 11 è diventata USSL n. 5 con il Dott. Bai con il quale si stava giungendo alla firma di un accordo che avrebbe sanato la situazione senza arrivare al giudizio del Tribunale, e successivamente il Dott. Bai è stato sostituito dal Dott. Gugliotta, con il quale pure si era arrivati vicini alla sottoscrizione dell'accordo sulla base di quello precedentemente preparato, ed infine, per effetto della Legge Regionale sopra menzionata, il S.Martino con tutti i pazienti è stato inserito all'interno dell'azienda ospedaliera, quindi il nostro interlocutore è diventato il Dott. Navone, Direttore Generale e l'intera struttura significa cambiare anche l'apparato tecnico.

Ci siamo trovati di fronte ad una situazione nuova che ci ha richiesto di rispiegare tutto da capo senza, di fatto, essere stati compresi. Quindi la scelta, poco lungimirante e, aggiungiamo, piuttosto ottusa, della nuova amministrazione è stata quella di affrontare il giudizio del Tribunale di Como.

Questa è stata una scelta grave e sbagliata, non tanto e non solo perchè l'amministrazione ospedaliera è risultata perdente, ma soprattutto perchè ha voluto continuare a sostenere una tesi assurda e, peggio, ha tenuto ancora immobilizzati tanti quattrini (circa 40 miliardi) che avrebbero potuto essere messi a disposizione dei malati psichiatrici e dell'intero dipartimento di Salute Mentale. Nè possiamo sottacere l'atteggiamento distante della Regione Lombardia che, pur a conoscenza della situazione, si è lavata le mani e non è intervenuta.

Ora, tramite un'interrogazione avanzata dal Consigliere regionale Pippo Torri, è stato interpellato l'Assessore alla sanità per sapere se l'assessorato, anche al seguito degli esiti del giudizio, non intenda assumere una qualche iniziativa. Pure il Ministro della Sanità, onorevole Rosy Bindi, è stata investita con una simile interrogazione presentata dalla onorevole Tiziana Valpiana.

ASVAP

LIBERA PROFESSIONE

COMMISSIONE

DETRAIBILITÁ DELLE PRESTAZIONI INFERMIERISTICHE

di P. TETTAMANTI E. MALGESINI A. PINA L. SORMANI

Con la legge Finanziaria, anzi con un decreto collegato alla legge stessa, le prestazioni infermieristiche diventano detraibili.

La decisione avrà effetto nel 2000 e quindi i cittadini potranno detrarre le prestazioni infermieristiche ricevute e pagate nel 2000 nella dichiarazione dei redditi del 2001. Inoltre le spese saranno detraibili anche se sostenute dal contribuente in favore del coniuge, del genitore, del figlio, dei generi o nuore, del suocero o della suocera o del fratello/sorella.

Il Governo ha previsto un risparmio per le famiglie di circa 330 miliardi nel 2001

Ovviamente vale per le nostre prestazioni quello che vale per le altre (sono detraibili al 19% per la parte eccedente le 250 mila lire annuali di spesa) ma quello che conta è il riconoscimento professionale che c'è dietro a questa decisione ed i benefici effetti sulla lotta all'abusivismo.

Questa decisione è infatti conseguente al passaggio della nostra professione da "professione sanitaria ausiliaria" a "professione sanitaria" in senso pieno, come quella medica. A questo punto dunque non era più sostenibile che le spese mediche fossero detraibili e quelle infermieristiche no e quindi il Governo ha aggiunto questo emendamento al collegato fiscale della Finanziaria.

Questo successo ci tocca particolarmente da vicino perché sul tema della detraibilità delle prestazioni infermieristiche il Collegio di Como aveva sollecitato la Federazione Nazionale a fare pressioni sul governo raccogliendo il sostegno di molti Collegi d'Italia e anche del referente nazionale per la libera professione Giovanni Valerio.

Indubbiamente positivi saranno gli effetti nella lotta all'abusivismo professionale (cioè sul lavoro nero esercitato da lavoratori dipendenti) e a quello extraprofessionale (soggetti non titolati - solitamente ASA o generici - che svolgono prestazioni infermieristiche a pagamento.

Su questo terreno il Collegio di Como garantisce l'impegno che ha sempre mantenuto di vigilare e perseguire pur nei limiti, molto ristretti, delle norme vigenti. Proprio per la ristrettezza di questi limiti la decisione di rendere detraibili le prestazioni infermieristiche sarà un notevole aiuto alla prevenzione dell'abusivismo professionale e alla promozione della libera professione infermieristica.

COMMISSIONE FORMAZIONE

IID Luigia Caldera AFD Marina Baragiola IP Rossana Cinelli
IP Rosella Maffia IP Daniela Paganini IP Nadia Zuppa

Sono trascorsi solo 3 mesi dall'inizio del mandato affidato alla Commissione Formazione ed è quindi ancora prematuro valutare l'operato del nostro gruppo. Qualcuno però si chiederà quali sono i compiti della Commissione e che cosa concretamente svolge. Per spiegare, vi descriviamo quello che facciamo.

Dopo puntuale riunione dei componenti della Commissione Formazione, abbiamo individuato e suggerito le tematiche degli incontri di aggiornamento - programmati per gli iscritti al Collegio - al Consiglio Direttivo, dove sono state discusse e scelte durante una delle prime riunioni in febbraio. Abbiamo così dovuto subito affrontare le prime incombenze in programma, ma siamo stati facilitati dall'entusiasmo per l'impegno assunto, che abbiamo subito convogliato verso l'organizzazione dei primi incontri.

Ci riuniamo con un certo anticipo rispetto alla data dell'aggiornamento per decidere come si svolgerà e ci confrontiamo sulla specifica tematica in oggetto per individuarne gli obiettivi e, di conseguenza, i contenuti che vorremmo si trattino nell'incontro. A questo punto cerchiamo di individuare anche i possibili relatori.

Il confronto tra noi sei componenti della Commissione è sempre ricco e stimolante perchè ciascuno mette a disposizione la propria esperienza e creatività. Queste importanti componenti ci portano a volte lontani dalle idee di partenza di ciascuno, ma ci permettono di ottenere soluzioni sempre originali e condivise.

Successivamente proponiamo al Consiglio Direttivo la nostra proposta strutturata, per essere sottoposta a discussione fino all'approvazione. Questo passaggio è importante perchè ci permette un ulteriore confronto e condivisione sulle scelte da effettuarsi tra un cerchio più ampio di colleghi. Anche in questa occasione vi è sempre un arricchimento del proprio orizzonte, che si amplia sempre più.
Con la collaborazione della Segreteria del Collegio, si compiono quindi tutte le necessarie procedure per l'organizzazione.

Da parte vostra, la verifica del lavoro che abbiamo svolto nella Commissione Formazione si concretizza nell'invito che perviene via posta a tutti voi e successivamente, nello svolgimento dell'incontro, nell'interesse ed utilità che questo ha suscitato. Argomenti innovativi ed utili nell'attività che si svolge, competenza sui contenuti del relatore, brillante capacità espositiva, sono certamente alcuni elementi di sicuro successo degli incontri di aggiornamento.

Da parte nostra, per verificare il successo dell'iniziativa che abbiamo organizzato, potremmo contare i partecipanti agli incontri; sapremmo così se siamo riusciti ad identificare e soddisfare i bisogni formativi degli iscritti, se l'argomento dell'incontro di aggiornamento, i relatori, la data e l'ora, sono stati idoneamente scelti. Ma limitarci al dato numerico significa stroncare subito la Commissione!
Infatti il primo Convegno "Infermieri: responsabilità di una professione" del mattino del 15 aprile, ha visto solo 50 partecipanti rispetto al numero complessivo degli iscritti e dei possibili partecipanti. Evidentemente non è solo il numero dei partecipanti a dimostrare che l'iniziativa ha ottenuto successo: infatti sono stati interessanti ed utili i contenuti presentati dal Relatore, chiara la sua lunga ma vivace esposizione, massimo il livello di attenzione dimostrato dai partecipanti, acuti e pertinenti gli interventi e le domande.

Vi sapremo riferire prossimamente su queste pagine l'esito del Convegno " Da qui all'alterità: l'assistenza infermieristica nella società multiculturale ": il secondo impegno della Commissione.Nel frattempo vi invitiamo a contattarci (telefonare alla Segreteria del Collegio) per comunicarci le vostre proposte e per collaborare con noi!

Aspettiamo il contributo di tutti per indirizzare sempre più le nostre iniziative verso le vostre esigenze formative.

CEDIPROS - Centro Diritto Professioni Sanitarie
3° CONVEGNO NAZIONALE - Corso di aggiornamento " IL MEDICO E L'INFERMIERE A GIUDIZIO ". Firenze 15-16 giugno 2000.
Info: Aliwest Travel Srl - Via Paganini, 30/36 50127 Firenze Tel. 055.4224393/055.4221201 Fax 055.417165

GRUPPO DI RICERCA GERIATRICA
XI Corso Nazionale per Infermieri " IL DOLORE ACUTO E CRONICO NELL'ANZIANO ". Folgaria 5-8 ottobre 2000.
Info: Gruppo di Ricerca Geriatrica - Via Romanino, 1 25122 Brescia Tel. 030.3771997 Fax 030.48508 E-mail: grg@opencom.it

CEsPI - Centro Studi delle Professioni Infermieristiche - Calendario Giugno/Settembre.
GIUGNO: Prevenire e curare con impacchi e compresse; La qualità del servizio; Assistenza al paziente affetto da malattia oncologica; Infermieristica di famiglia e di comunità; Le lesioni da pressione; Riflessologia podalica.
SETTEMBRE: Il training autogeno di Shultz; La manipolazione dei farmaci antiblastici: linee guida; Metodologia clinico-assistenziale in Cure Palliative; Geriatria; Infermieristica di famiglia e di comunità; Team working.
Info: CESPI - Via XX Settembre, 76 10122 Torino Tel. e Fax 011.4366018

ANIN - Associazione Nazionale Infermieri Neuroscienze.
" LA QUALITA' NELLA SALUTE MENTALE: QUALI PROSPETTIVE PER IL 2000? ". Pavia 10 giugno 2000.
Info: D. Loi Tel. 0330.544495
Info ANIN: Sede - Via Rivera, 39 27100 Pavia Tel. 0382.423200

CEREF - Centro di Ricerca e Formazione.
Corsi 2000: " Come organizzare un convegno " - 21-22 settembre 2000
" Nuovo quadro normativo e responsabilità per il T.S.R.M. " - 26-27 sdettembre 2000
" Nuovo quadro normativo e responsabilità per il caposala " - 28-29 settembre 2000
" Accertamento infermieristico " - 10-11 ottobre 2000
" Rilevazione del rischio, stadiazione e intervento per le lesioni da decubito " - 12-13 ottobre 2000
" La sindrome del burnout " - 12-13 ottobre 2000
Management Sanitario - Corsi Master:
Giugno - Novembre : Management sanitario di base; Dipartimento di prevenzione; Management amministrativo; Statistica per il management sanitario aziendale.
Giugno - Dicembre : Direzione di distretto; Paino aziendale della promozione - educazione alla salute.
Settembre - Dicembre : Dipartimento di salute mentale; Management del nursing psichiatrico; ufficio delle relazioni con il pubblico; Management infermieristico; Management delle funzioni degli operatori tecnico-sanitari, della riabilitazione, di ispezione e vigilanza; Sviluppare il sistema qualità nella azienda/istituzione sanitaria.
Info: CEREF - Via Udine, 6 35142 Padova Tel. 049.8804827 Fax 049.8803646
E-mail: ceref@intercity.it, www.ceref.it

ISIRI - International Institute of Nursing Research.
Convegno Internazionale " ASSISENZA INFERMIERISTICA BASATA SULL'EVIDENZA " 16-17 novembre 2000.
Info: ISIRI - Via Udine, 6 35142 Padova Tel. 049.8804827 Fax 049.8803646
E-mail: isiri@intercity.it , www.ceref.it

Associazione italiana Oncologia medica
I CONGRESSO LODIGIANO IN ONCOLOGIA MEDICA
Casalpusterlengo - 30 giugno 2000
Info. E.B.P. via Leon Battista Alberti, 12 Milano tel. 02.3450548 - 347382 Fax. 02.3450548

Vidas - Assistenza Domiciliare Gratuita agli Inguaribili di Cancro
" ASSISTENZA DOMICILIARE A PAZIENTI ONCOLOGICI IN FASE AVANZATA E TERMINALE "
4° Corso di aggiornamento - 27/28/29 settembre 2000
5 ° Corso di aggiornamento - 22/23/24 novembre 2000
Info: Sede VIDAS Corso Italia, 17 20122 Milano Tel.02.725011-219/245 Fax: 02.72511237