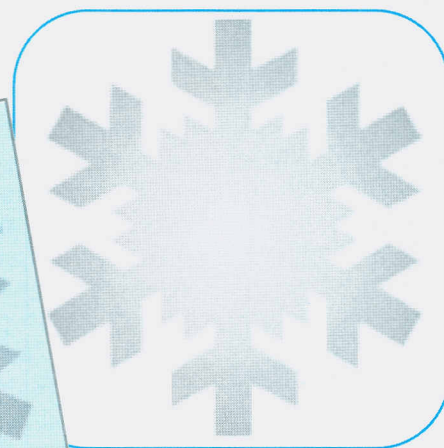
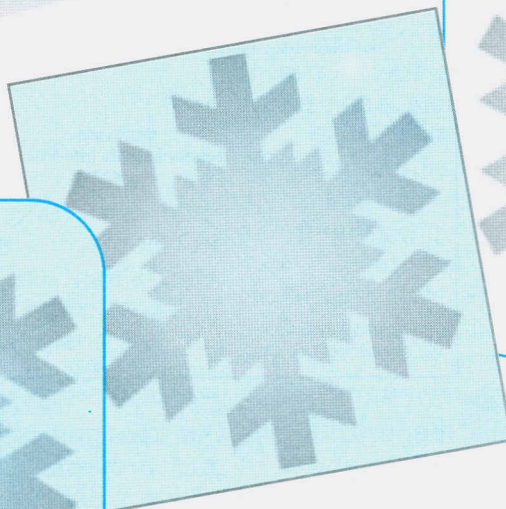
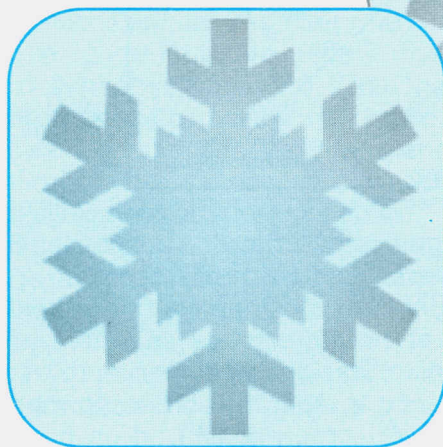




AGORA

Spazio di informazione del Collegio IPASVI di Como



Il Consiglio Direttivo augura Buone Feste

S o m m a r i o

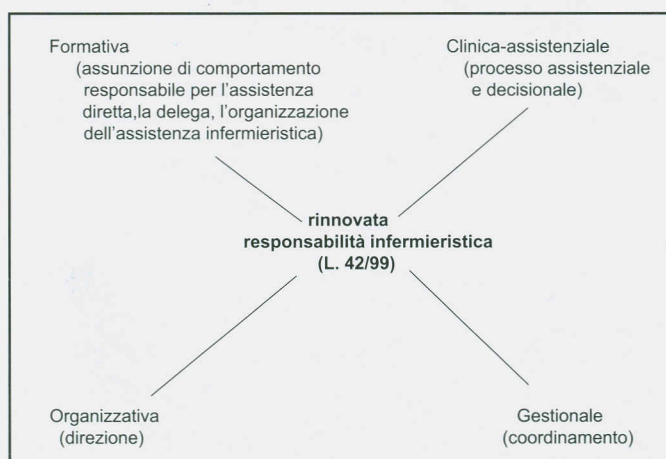
- * Editoriale
- * Commissione Agorà
- * Commissione libera professione
- * Commissione formazione
- * Convocazione per rinnovo cariche
- * Scheda candidature
- * L'infermiere e l'Operatore Socio Sanitario
- * La responsabilità dell'Infermiere nel coinvolgimento dei genitori alle cure del neonato
- * Bacheca

ANCORA A PROPOSITO DI RESPONSABILITA'...

... in quanto riteniamo, come Consiglio Direttivo, che non se ne parla, se ne discute e se ne riflette mai a sufficienza di un argomento ancora nuovo e sconosciuto. Iniziamo così un dibattito, che si svilupperà in tre numeri, sulle nuove dimensioni della responsabilità infermieristica (1° parte), il concetto di delega e attività attribuibili (2° parte), la valenza legale della documentazione infermieristica (3° parte).

1° PARTE: Le nuove dimensioni della responsabilità infermieristica

Delineare le nuove dimensioni della responsabilità infermieristica attuale significa tentare un'analisi integrata dell'evoluzione normativa, deontologica e professionale infermieristica (vedi fig. 1). Tale analisi ci dà la possibilità di individuare alcune caratteristiche innovative che a mio avviso compongono la rinnovata responsabilità infermieristica.



Responsabilità clinica/assistenziale

Determinata peculiarmente dalla legge 42/99, la cui approvazione ha dato valore e risalto al dm 14 settembre 1994, n. 739, "Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'infermiere". Il secondo punto dell'articolo 1 della legge 42/99 recita, infatti: "... dalla data di entrata in vigore della presente legge sono abrogati il regolamento approvato con decreto del Presidente della Repubblica 14 marzo 1974, n. 225, ad eccezione delle disposizioni previste dal titolo V (infermiere generico)..Il campo proprio di attività e responsabilità delle professioni sanitarie .. è determinato dai contenuti dei decreti ministeriali istitutivi dei relativi profili professionali e degli ordinamenti didattici dei rispettivi corsi di diploma universitario e di formazione post-base nonché degli specifici codici deontologici, fatte salve le competenze previste per le professioni mediche e per le altre professioni del ruolo sanitario per l'accesso alle quali è richiesto il possesso del diploma di laurea, nel rispetto reciproco delle specifiche competenze professionali".

Gli elementi del profilo professionale indispensabili per identificare una responsabilità infermieristica possono essere evidenziati in questo modo: il comma 1 dell'articolo 1 dopo aver definito chi è l'infermiere, gli affida una responsabilità totale per quanto riguarda l'assistenza generale infermieristi-

ca.

Questo significa assumere la responsabilità dell'intero processo assistenziale (comma 2-3), dalla raccolta dei dati all'identificazione dei bisogni di assistenza infermieristica, alla pianificazione, gestione e valutazione dell'intervento assistenziale infermieristico e, quindi, il processo messo in atto dall'infermiere come risposta ad un bisogno specifico. In secondo luogo, sancisce l'utilizzo di una metodologia scientifica e valida quale il processo di assistenza infermieristica che, indirettamente, riporta all'implementazione di una documentazione infermieristica, necessaria per "storicizzare" le prestazioni infermieristiche, quindi non solo mera valenza amministrativa ma valenza legale come atto pubblico. Sempre il comma 3 dell'articolo 1 prevede quelle attività che, in collaborazione con altre professioni, contribuiscono al risultato salute: partecipa all'identificazione dei bisogni di salute, garantisce la corretta applicazione delle prescrizioni diagnostico-terapeutiche, agisce sia individualmente sia in collaborazione con gli altri operatori sanitari e sociali. I verbi e i termini utilizzati sono già significativi nel delimitare una responsabilità condivisa con altri professionisti, dove ognuno risponde per il suo ambito professionale peculiare. L'assegnazione della responsabilità dell'assistenza infermieristica all'infermiere giuridicamente si porta dietro due concetti: l'autonomia professiona-

le e la scientificità dell'assistenza infermieristica. Partendo da questo presupposto irrinunciabile affrontiamo l'analisi dell'attività infermieristica dal punto di vista giuridico e disciplinare.

La legge 42/99 rimanda al codice deontologico, profilo professionale e ordinamento didattico l'individuazione del campo "proprio", quindi esclusivo, di autonomia e responsabilità.

Se all'interno del profilo andiamo alla ricerca degli elementi utili per delineare il campo esclusivo, troviamo al punto 1.3 che l'infermiere:

- ☞ identifica i bisogni di assistenza infermieristica
- ☞ pianifica l'intervento infermieristico
- ☞ gestisce l'intervento infermieristico
- ☞ valuta l'intervento infermieristico
- ☞ garantisce la corretta applicazione delle prescrizioni diagnostico-terapeutiche
- ☞ agisce sia individualmente sia in collaborazione con altri operatori sanitari e sociali
- ☞ si avvale, ove necessario, dell'opera del personale di supporto.

Avvalersi del personale di supporto vuole dire, sostanzialmente, attribuire attività ad altri operatori.

Responsabilità gestionale/organizzativa

Nell'estate del 2000 è promulgato uno dei provvedimenti normativi più attesi dalla professione infermieristica: la legge istitutiva della dirigenza. Tale documento s'inserisce a pieno titolo nell'attuale contesto professionale, poiché rafforza e legittima l'autonomia e la responsabilità infermieristica, non solo a livello clinico-assistenziale ma anche a livello gestionale-organizzativo e formativo.

Attribuire la diretta responsabilità e gestione delle attività di assistenza infermieristica significa delineare, nelle aziende sanitarie, una linea gerarchica e funzionale chiara di tutti gli infermieri; il dirigente infermieristico è chiamato a governare tutti i processi organizzativi della funzione infermieristica

e, quindi, a governare i professionisti sanitari che realizzano tali processi: gli infermieri.

Responsabilità formativa

Idealmente quest'ultima dimensione della responsabilità che andiamo ad esplorare costituisce anche il canovaccio su cui s'inseriscono le altre dimensioni; è nel momento formativo, infatti, che si plasma la "forma mentis" dell'infermiere che con una chiara identità e consapevolezza infermieristica sa collocarsi nell'esercizio professionale e soprattutto ha padronanza dei processi decisionali rispetto al campo proprio di attività.

Ciò significa in sostanza, che la formazione oltre a far acquisire le conoscenze teoriche, la competenza professionale e l'abilità pratica, deve far acquisire il metodo di ragionamento per discriminare l'attività propria da quell'attribuibile ad altri professionisti sanitari o no.

Bibliografia di riferimento

1. M. Lusignani, B. Mangiacavalli, M. Casati. Infermieristica generale e organizzazione della professione. Masson, Milano, 2000.
2. L. Benci. Manuale giuridico professionale per l'esercizio del nursing. Mc Graw-Hill, Milano, 1998.
3. M. Martini. Aspetti medico-legali nelle scienze infermieristiche. Utet, Torino, 1992.
4. M. Casati. La documentazione infermieristica. Mc Graw-Hill, Milano, 1999.
5. D. Rodriguez. La responsabilità e il triage infermieristico. Scenario 1999; 3: pp. 4-10.
6. D. Gamba. Rischio professionale: "malpractice" e responsabilità. Foglio Notizie 1999; 3: pp. 11-14.
7. G. Marellò. L'evoluzione della responsabilità medica. In: Il medico e l'infermiere a giudizio, Atti del Convegno Nazionale, Firenze, maggio 1998, pp. 9-17.6

COMMISSIONE AGORA'

Siamo giunti alla conclusione del triennio che ci ha visti lavorare, nel nostro piccolo, per la storia infermieristica comasca. Abbiamo cercato di portare il nostro contributo con i numeri che, credeteci, faticosamente, con l'aiuto delle impiegate del collegio, abbiamo costruito ogni trimestre, cercando nella realtà della nostra professione quello che poteva portare un contributo alla crescita di tutti noi.

Sicuramente ciò che in questi anni abbiamo pubblicato è solo una piccola parte di ciò che le infermiere e gli infermieri comaschi nella loro vita professionale hanno prodotto, ed è quindi naturale che la nostra speranza sia, che coloro che continueranno queste pubblicazioni, possano riuscire a far emergere tutto quello che di positivo c'è ancora da scoprire.

Ci auguriamo anche, che questa rivista possa continuare ad essere una fedele compagna di tutti i professionisti che operano nella provincia di Como. Non sarà semplice, visti i problemi di bilancio che in questi anni ci hanno afflitto, tanto da farci sospendere un numero della rivista, comunque presente sul sito del nostro collegio.

Salutando e ringraziando tutti gli iscritti, rinnoviamo l'invito a tutti nell'essere sempre vicini al collegio ed ad inviare contributi da pubblicare su AGORA'.

IL COMITATO DI REDAZIONE

Commissione Libera Professione

a cura di Oreste Ronchetti

E' stato un triennio di grande cambiamento. Ha visto la luce il Nuovo Nomenclatore Tariffario; per la prima volta un tariffario che unifica tutta la penisola, per prestazioni ed onorario. Da qualche tempo anche i liberi professionisti comaschi stanno imparando ad incontrarsi e a parlarsi per darsi un indirizzo comune, che vuol dire: confrontarsi sui problemi che la professione pone, sulla formazione che sempre più ci qualifica, sulle sicurezze, sia economiche che professionali che vogliamo raggiungere per offrire un'assistenza sempre più di qualità, per offrire un'immagine di infermiere sempre più professionalmente valida.

Non sono state tutte rose, naturalmente; c'è stata la fatica di cominciare, la fatica di far comprendere ai colleghi che riunirsi non è tempo perso, ma tempo ben utilizzato, perché ci permette di conoscerci ed arricchirci, ed infine la fatica di non lasciarsi prendere dallo sconforto se a volte, invece di essere in tanti si era sempre gli stessi.

Comunque l'importante è essere partiti! Siamo convinti che aver creato un punto di riferimento per i liberi professionisti, presso il Collegio, sia stato uno sforzo che arricchirà tutti e crediamo che il nuovo triennio porterà un rinnovato impegno da parte di chi già c'è, sperando che convinca chi ancora è titubante che starne fuori non è un guadagno ma una perdita, soprattutto sul piano della coscienza professionale.

Per chiunque voglia partecipare ed avere informazioni, basterà rivolgersi presso la sede del Collegio per conoscere il nome dei referenti della commissione e poterli contattare.

Commissione Formazione

PAROLA D'ORDINE: CACCIA AL CREDITO...
(a proposito di Educazione Continua in Medicina ...)

a cura di Luigia Caldera Marina Baragiola Rosella Maffia

CACCIA AL CREDITO! Questa sembra essere la parola d'ordine per molti infermieri che, preoccupati, ci chiamano per ottenere informazioni e precisazioni circa il fatidico sistema di Educazione Continua in Medicina (ECM): il sistema prevede infatti che entro la fine di quest'anno ciascun operatore sanitario abbia raccolto tra 5 e 20 crediti.

L'obbligo di raccogliere i suddetti crediti sta però determinando risvolti paradossali.

Molti professionisti, pur di ottenere crediti, si iscrivono e partecipano a corsi che non sono pertinenti con l'attività che svolgono, escludendo in questo modo la possibilità di partecipare ai colleghi operanti negli specifici ambiti cui è rivolto l'aggiornamento.

Altre persone si iscrivono e partecipano a più corsi: a corsi, ovviamente, per i quali è stato richiesto l'accreditamento. In attesa di sapere il numero dei crediti attribuito al primo corso e per non rischiare di non ottenerne, partecipano ad altri corsi, escludendo anche in questo modo ad altri colleghi la possibilità di aggiornarsi.

Altri chiedono se, non riuscendo ad ottenere i crediti necessari, si rischia di essere declassato ad infermiere generico o di essere licenziato...

Per dissipare le infondate paure e le preoccupazioni che tormentano tanti colleghi, si vogliono sottoporre alcune riflessioni: gli infermieri italiani iscritti ai rispettivi Collegi sono circa 325.000, a cui vanno aggiunti medici, tecnici di radiologia e laboratorio, fisioterapisti, farmacisti, psicologi, veterinari ... una schiera di professionisti, tutti coinvolti nel sistema ECM. Le offerte formative proposte da enti, agenzie formative, aziende pubbliche e private di appartenenza, non sono ancora però in grado di coprire l'enorme massa di domande di aggiornamento. Al momento attuale, inoltre, non sono previste sanzioni per coloro che non sono ancora riusciti a partecipare ad aggiornamenti accreditati presso il ministero. A conclusione d'anno è probabile che moltissimi non abbiano ancora conseguito il numero di crediti necessari.

Alla luce di tutto ciò si ritiene allora presumibilmente infondato qualsiasi timore.

Il sistema è ancora nelle prime fasi di avviamento, nel frattempo al ministero vengono rilevate le difficoltà e le problematiche che stanno emergendo ed alle quali si cercherà di fornire risposte. Per garantire una più ampia fruizione dei corsi, saranno attivati a breve i corsi "a distanza", che permetteranno ai partecipanti di apprendere tramite Internet e di ottenere i relativi crediti ECM.

Indipendentemente da qualsiasi sistema, ciascun infermiere, nel rispetto del Codice Deontologico, è tenuto ad "Aggiornare le proprie conoscenze attraverso la formazione permanente ...

al fine di migliorare la sua competenza. ... fonda il proprio operato su conoscenze validate ed aggiornate ... partecipa alla formazione professionale, promuove ed attiva la ricerca, cura la diffusione dei risultati, al fine di migliorare l'assistenza infermieristica."1. Questo deve essere il motivo principale che muove l'infermiere a partecipare ai programmi di aggiornamento!

Anche il Collegio IPASVI di Como ha cercato di perseguire il suo mandato ("... promuovere e favorire tutte le iniziative intese a facilitare il progresso culturale degli iscritti ..."2), pur nella consapevolezza, come si riportava sopra, di non riuscire a soddisfare le innumerevoli richieste che ci pervengono. La Commissione Formazione ha cercato comunque di fare un salto di qualità offrendo corsi accreditati ed aprendo così la strada alla prossima Commissione che si insedierà con il prossimo mandato.

Per qualsiasi richiesta di chiarimenti relativi al sistema ECM è possibile telefonare alla segreteria del collegio IPASVI o collegarsi direttamente al sito del Ministero della Salute : <http://ecm.sanita.it> .

1 Codice Deontologico - Federazione Nazionale Collegi I.P.A.S.V.I. Febbraio 1999.

2 D. Lgs. 13 settembre 1946, n. 233 - Ricostituzione degli ordini delle professioni sanitarie e per l'esercizio delle professioni stesse.

SPAZIO SEGRETERIA

Orari di Segreteria

Da lunedì a venerdì 9.00/12.00 14.00/17.00

Orari Biblioteca

mercoledì 9.00/12.00

venerdì 9.00/12.00 14.00/17.00

Cambio di residenza

Per garantire una corretta e puntuale ricezione delle nostre comunicazioni si prega di inviare tempestivamente ogni variazione di residenza.

COME CONTATTARCI:

Sede: Viale Cesare Battisti, 8 22100 COMO
Tel. 031.300218 Fax 031.262538
E mail: info@ipasvicomo.it
<http://www.ipasvicomo.it>

La Segreteria del Collegio resterà chiusa per
le Festività Natalizie dal

23 dicembre 2002 al 1 gennaio 2003

*Il personale amministrativo augura
Buone Feste*



RINNOVO CARICHE CONSIGLIO DIRETTIVO TRIENNIO 2003/2005

In esecuzione al D.L.C.P.S. 13/09/1946 n. 233 ed al D.P.R. 05/04/1950 n. 221 e successive modifiche, è convocata presso il

Centro Socio Pastorale C. Ferrari in Como - Viale C. Battisti 8

l'Assemblea per le Elezioni del Consiglio Direttivo e del Collegio Revisori dei Conti del Collegio IPASVI di Como per il triennio 2003/2005.

In prima convocazione, se saranno presenti almeno 1/3 degli iscritti, nei giorni 18/19/20 gennaio 2003 dalle ore 11,00 alle ore 12,00 di ciascun giorno.

In seconda convocazione nei giorni

sabato 25 gennaio 2003 **9,30/12,30** **14,30/19,00**

domenica 26 gennaio 2003 **9,30/12,30** **14,30/19,00**

lunedì 27 gennaio 2003 **9,30/12,30.**

A norma di legge si procede alle elezioni di:

☞ n. 15 membri del Consiglio Direttivo

☞ n. 3 Revisori dei Conti

☞ n. 1 Revisore dei Conti Supplente.

Tutti gli iscritti sono eleggibili. Una copia dell'Albo Professionale sarà a disposizione presso il seggio elettorale per le consultazioni dei nomi.

La carica di Revisore dei Conti è incompatibile con quella di Consigliere.

La votazione si effettua a scrutinio segreto mediante scheda, munita di timbro del Collegio, che verrà consegnata al seggio a ciascun votante. La votazione deve essere effettuata di persona; non sono ammesse deleghe. Per votare è necessario esibire un documento di riconoscimento.

Come prescritto dalle norme di legge si trascrivono i nomi dei componenti il Consiglio Direttivo ed il Collegio dei Revisori dei Conti uscenti:

CONSIGLIO DIRETTIVO

IID Mangiacavalli Barbara

IID Caldera Luigia

AFD Pina Adelaide

AFD Bianchi Maria Luisa

AFD Baragiola Marina

IP Cinelli Rossana

IP Maffia Rosella

AFD Malgesini Erina

IP Paganini Daniela

IP Ronchetti Oreste

AFD Sergeant Rosabianca

AFD Sormani Luisa

IP Tettamanti Paolo

AFD Valle Doriana

IP Zuppa Nadia

COLLEGIO DEI REVISORI DEI CONTI

AFD Luppi Maria Carla

IP Carrozzo Mario

AFD Filippini Albarosa

IP Locateli Maria Cristina

ASSEMBLEA COLLEGIO IPASVI DI COMO

8,30 apertura lavori

relazione della Presidente

relazione del Tesoriere

discussione

votazione

9,45

registrazione partecipanti e apertura della giornata studio:

Durante i lavori dell'Assemblea sarà aperto il seggio elettorale per il rinnovo del Consiglio Direttivo del Collegio IPASVI di Como

L'EDUCAZIONE CONTINUA IN MEDICINA: OPPORTUNITA' O RISCHIO PER GLI OPERATORI PROFESSIONALI SANITARI DELL'AREA INFERMIERISTICA?

Relatore: **IID Stefano Barbieri**

Responsabile dei Servizi Infermieristici Territoriali ASL 18 Alba/Bra

Programma:

10,00 Presentazione intervento - Stimolo

11,00 Dibattito - Confronto attivo con i partecipanti

12,00 Verifica dell'apprendimento (questionario)

Per questo evento è stato
richiesto l'accreditamento
E.C.M.

Posti a disposizione:

110 per IPASVI iscritti al Collegio di Como

10 per IPASVI iscritti ad altri Collegi

Si accetteranno le adesioni SOLO telefonicamente (031.300218) da
martedì 17 dicembre 2002 a mercoledì 15 gennaio 2003

Costo: euro 10,00 (le modalità di pagamento verranno comunicate al momento della prenotazione telefonica).

SCHEDA DI CANDIDATURA PER RINNOVO CARICHE TRIENNIO 2003/2005

COGNOME _____ NOME _____

DATA E LUOGO DI NASCITA _____

ISCRITTO AL COLLEGIO IPASVI DI COMO DAL _____ AL N. _____

QUALIFICA: IP ☐ AS ☐ VI ☐ AFD ☐ IID ☐ DAI ☐

SEDE DI LAVORO _____

RECAPITO TELEFONICO _____

ESPERIENZE PROFESSIONALI E/O FORMATIVE SIGNIFICATIVE _____

SPECIFICARE SE INTENDE CANDIDARSI NEL: ☐ CONSIGLIO DIRETTIVO
☐ COLLEGIO DEI REVISORI DEI CONTI

Inviare a Collegio IPASVI V.le Battisti, 8 22100 Como; Fax 031.262538; E.mail info@ipasvicomo.it

CONVEGNO

PIANIFICARE, COORDINARE, DELEGARE

L'infermiere nella realtà assistenziale in rapporto alle figure di supporto all'attività infermieristica.

27 e 28 gennaio 2003

Como - Centro Socio Pastorale C. Ferrari

Viale C. Battisti, 8

Relatori: IID Emanuele Fumagalli
IP Paolo Tettamanti

1° Giornata - lunedì 27

9,00/12,00

- ➡ 1° Relazione: "Evoluzione della professione e pianificazione dell'assistenza"

Dibattito

- ➡ 2° Relazione: "Responsabilità civile, delega, attribuzione di funzioni"

Dibattito

12,00/13,30

Pausa pranzo

13,30/16,30

- ➡ Lavori in gruppi "Pianificare l'assistenza"

- ➡ Discussione in gruppi su casi simulati

16,30/17,30

- ➡ Revisione lavoro dei gruppi e conclusioni

2° Giornata - martedì 28

9,00/12,00

- ➡ 3° Relazione: "ASA, OTA, OSS. Le figure di supporto e le loro competenze"

Dibattito

- ➡ Lavoro in gruppi "Casi di rapporto operativo con ASA, OTA, OSS in attività extraospedaliera"

12,00/13,30

Pausa pranzo

13,30/15,30

- ➡ Proseguimento del lavoro in gruppi

15,30/17,30

- ➡ Revisione del lavoro dei gruppi e conclusioni

17,30/18,30

- ➡ Questionario di verifica

📞 Posti a disposizione:

27 per Infermieri iscritti al Collegio di Como

3 per Infermieri iscritti ad altri Collegi

- 📞 Si accetteranno le adesioni SOLO telefonicamente (031.300218) da martedì 17 dicembre 2002 a mercoledì 15 gennaio 2003

📞 Costo:

IP.AS.VI. iscritti al Collegio di Como: euro 50,00

IP.AS.VI. iscritti ad altri Collegi: euro 80,00

(le modalità di pagamento verranno comunicate al momento della prenotazione telefonica).

Per questo evento è stato richiesto l'accreditamento E.C.M.

L'INFERMIERE E L'OPERATORE SOCIO SANITARIO (OSS)

A cura di Bianchi Maria Luisa e Valle Doriane

L'evoluzione della professione infermieristica dal 1992 ad oggi si può sintetizzare secondo alcune tappe fondamentali:

☞ Formazione universitaria con rilascio del titolo di "Laurea di Infermiere" riconosciuto in tutta Europa

☞ Riconoscimento di uno specifico campo di competenza (l'assistenza infermieristica) nei confronti della quale viene completamente attribuito all'infermiere l'autonomia decisionale ed operativa nonché la responsabilità sui risultati (D.M. 739 / 94 , L. 42 / 99)

☞ Riconoscimento di una specifica area di collaborazione nei confronti delle altre professioni sanitarie (D.M. 739/94) .L'infermiere in equipe partecipa all'identificazione dei bisogni di salute della persona e della collettività e nei confronti del professionista medico, collabora garantendo la corretta applicazione ed esecuzione delle prescrizioni diagnostico-terapeutiche

☞ Riconoscimento dell'infermiere come professionista sanitario (L. 42/99) con l'abolizione della dicitura "professionista sanitario ausiliario" che comporta una ridefinizione dello status sociale dell'infermiere e sancisce la pari dignità professionale della professione infermieristica a quella medica

☞ Assegnazione all'infermiere della competenza e responsabilità nella gestione dei processi decisionali , nella definizione degli obiettivi da conseguire con relativa valutazione dei risultati raggiunti (D.M. 739 / 94). Sul piano professionale e giuridico la pianificazione dell'assistenza infermieristica ha carattere esclusivo e rappresenta pertanto l'elemento principale che caratterizza la professionalità e la competenza dell'Infermiere.

☞ Abolizione del mansionario (L.42 / 99) . Il campo proprio di attività e responsabilità è oggi delineato a partire dai contenuti del Profilo Professionale (D.M. 739 / 94) , dagli ordinamenti didattici dei corsi di laurea infermieristica e dei corsi di formazione post base, dal codice deontologico.. I limiti sono riferibili al rispetto e alla non invasione delle competenze previste per la professione medica (competenze in ambito diagnostico - terapeutico) , per le altre professioni del ruolo sanitario e dal rispetto reciproco delle specifiche competenze professionali.

☞ Attribuzione della diretta responsabilità nella gestione dei processi organizzativi inerenti l'assistenza infermieristica attraverso la possibilità , attribuita alle Aziende Sanitarie ed Ospedaliere, di assegnare, ad appartenenti al profilo professionale, un ruolo di Dirigente parificato a quelli sanitario ed amministrativo già esistenti (L. 251 / 2000).

In linea con il percorso che vede la professione

infermieristica coinvolta nel rendere attuativi e riconosciuti i traguardi raggiunti, emerge anche l'importanza, internamente al gruppo professionale, di una urgente e improrogabile valutazione quali-quantitativa rispetto alle attività oggi impropriamente svolte dagli infermieri che, per questo motivo, risultano pertanto suscettibili di attribuzione ad altre figure, nella fattispecie alle figure di supporto, così come previsto dal DM 739/94, articolo 1 comma 2 lettera f) che cita : "...Per l'espletamento delle funzioni si avvale, ove necessario, del personale di supporto".

Appare pertanto del tutto incoerente che gli infermieri dichiarino di essere sottoposti a carichi di lavoro eccessivamente onerosi, e contemporaneamente acconsentano a svolgere attività non specifiche del loro ruolo.

LE FIGURE DI SUPPORTO

AUSILIARIO SOCIO - SANITARIO SPECIALIZZATO

☞ Anno di istituzione e riferimenti normativi : DM 10/02/1984 (profilo) ; DPR 384/90 ; DM 15/06/1987 (formazione)

☞ È essenzialmente una figura di supporto tecnico-esecutivo

☞ Agisce sotto la diretta responsabilità del Caposala /Infermiere Coordinatore o , in sua assenza , dell'Infermiere

☞ E' esclusivamente responsabile della corretta esecuzione delle mansioni affidategli

☞ Esegue mansioni prettamente manuali e caratterizzate dall'elemento della loro semplicità di esecuzione

☞ Ambito di possibile esercizio : degenza ospedaliera diurna e domiciliare

AUSILIARIO SOCIO-ASSISTENZIALE (ASA)

☞ Anno di istituzione e riferimenti normativi : REGIONE LOMBARDIA , DELIBERA DDEL CONSIGLIO REGIONALE VI /1267 del 28/02/1989

☞ Agisce integrando la propria attività con quella di altre figure professionali (tra le quali è citato il personale sanitario)

☞ E' esclusivamente responsabile della corretta esecuzione delle mansioni svolte

☞ Esegue interventi diretti sull'utente finalizzati a fornire un supporto nelle attività di vita quotidiane, nell'aiuto domestico e nella cura degli ambienti nonché prestazioni igienico-sanitarie di semplice attuazione

☞ Ambiti di possibile esercizio: strutture protette per anziani o handicappati, case di riposo, servizi di assistenza domiciliare, centri di pronto intervento per persone in difficoltà o a rischio di emarginazione, comunità alloggio, centri diurni per anziani

OPERATORE TECNICO ADDETTO ALL'ASSISTENZA (OTA)

- ☞ Anno di istituzione e riferimenti normativi : DPR 384/90 art. 40 (all.1 profilo e all. 2 formazione) ; DM 295/91 (corsi)
- ☞ E' essenzialmente una figura di supporto tecnico-esecutivo
- ☞ Agisce sotto la diretta responsabilità del Caposala / Infermiere Coordinatore o , in sua assenza dell'Infermiere
- ☞ E' esclusivamente responsabile della corretta esecuzione delle mansioni affidategli
- ☞ Esegue interventi in autonomia (attività alberghiere, di pulizia e manutenzione, di trasporto, di sanificazione) ed altri, molto semplici, in collaborazione o su indicazione del personale infermieristico (igiene personale, mobilitazione)
- ☞ Ambito di possibile esercizio: equipe assistenziali delle Unità Operative Ospedaliere

OPERATORE SOCIO-SANITARIO (OSS)

- ☞ Anno di istituzione e riferimenti normativi : CONFERENZA STATO - REGIONI 22/02/2001 DGR VII/5428 del 06/07/2001 (profili e formazione)
- ☞ E' la figura di supporto all'assistenza socio-sanitaria genericamente intesa che gode di maggior autonomia e maggiori competenze rispetto alle precedenti
- ☞ Agisce secondo le indicazioni contenute nei piani di lavoro e nei protocolli predisposti dal personale sanitario e sociale preposto (es. piano di assistenza infermieristica)
- ☞ E' esclusivamente responsabile della corretta esecuzione delle mansioni svolte e/o attribuite
- ☞ Esegue interventi caratterizzati da bassa discrezionalità ed alta riproducibilità della tecnica utilizzata. Gli interventi riguardano l'assistenza diretta e l'aiuto domestico alberghiero, l'ambito igienico-sanitario e sociale , il supporto e l'integrazione nel contesto organizzativo dei servizi e la collaborazione con l'equipe assistenziale. Tali interventi possono essere svolti in autonomia, in associazione con altre figure professionali o su indicazione delle stesse.
- ☞ Ambiti di possibile esercizio: sia il settore sociale che quello sanitario, ambiente ospedaliero, servizi di tipo socio-assistenziale e socio-sanitario, residenziali o semi residenziali e al domicilio dell'utente.

L'OSS sarà l'operatore che progressivamente si integrerà , anche in numero rilevante, con le altre figure già presenti e , seppur sorto in piena " emergenza infermieristica " nasce con l'obiettivo dichiarato di:

- migliorare le competenze degli attuali ASA/OTA
- rendere flessibile il loro impiego creando un'unica figura, favorendo così la loro mobilità all'interno della rete dei servizi socio-sanitari

La nascita di questa nuova figura rappresenta l'op-

portunità per rivedere modelli organizzativi obsoleti, tuttora esistenti, che prevedono, per l'infermiere, da un lato l'attribuzione di compiti non prettamente attinenti al loro ruolo e , dall'altro, l'impossibilità ad esprimere appieno le competenze peculiari, apprese e sviluppate nel percorso formativo e peraltro previste e sostenute dalla normativa vigente.

Tra l'altro è ormai riconosciuto come sia proprio la sussistenza di modelli organizzativi siffatti a favorire il fenomeno dell'abbandono precoce dell'attività lavorativa, da parte degli infermieri, la scarsa gratificazione professionale nonché la scarsa " appetibilità " della professione a livello sociale.

L'INTEGRAZIONE INFERMIERE / OSS : PRESUPPOSTI

Il processo di integrazione tra l'infermiere e le figure di supporto si basa sulla conoscenza:

- della natura della competenza, della responsabilità e della professionalità proprie
 - della natura della competenza e della responsabilità delle figure di supporto nonché della loro dipendenza gerarchico - funzionale
- L'efficace integrazione tra infermiere e personale di supporto presuppone che :
- vi sia il rispetto reciproco delle diverse competenze
 - vi sia piena assunzione da ambo le parti , delle responsabilità che effettivamente competono
 - vi siano aspettative personali e professionali realistiche e traducibili nel contesto in cui si opera
 - esistano indicazioni organizzative chiare e non conflittuali

Il raggiungimento dell'integrazione è un obiettivo auspicabile a tutti i livelli di responsabilità in quanto porta ad un miglioramento della:

- qualità complessiva dei servizi erogati
- organizzazione del lavoro
- gratificazione professionale
- dinamiche relazionali di gruppo (riduzione dei conflitti)
- ottimizzazione nell'impiego delle risorse (umane , economiche , tecnologiche ,)

LA " PROFESSIONALITA' " INFERMIERISTICA

L'essere riconosciuti come responsabili dell'assistenza infermieristica presuppone il possesso di specifiche competenze ed autorizza all'assunzione di decisioni autonome nei riguardi:

1. dell'individuazione dei problemi infermieristici reali o potenziali presentati dalla persona assistita
2. della scelta delle azioni più adeguate per risolvere/prevenire tali problemi
3. dell'esecuzione di tali azioni
4. della valutazione dei risultati raggiunti

Il percorso delineato conosciuto nell'ambito professionale come " processo di assistenza infermieristica " , rappresenta l'elemento che caratterizza la peculiarità infermieristica e l'elemento di maggior qualificazione ed espressione della propria profes-

sionalità. La competenza necessaria e la responsabilità della pianificazione dell'assistenza infermieristica è attribuita, in maniera esclusiva, all'infermiere tanto che non è riscontrabile in nessun altro profilo professionale.

Rispetto alle quattro fasi del processo di assistenza infermieristica descritte, l'intervento delle figure di supporto può rendersi necessario esclusivamente nella terza fase riferita all'esecuzione delle attività identificate.

L'infermiere quindi è tenuto, professionalmente, deontologicamente e giuridicamente, a mantenere la totale responsabilità nei processi decisionali e valutativi che riguardano l'assistenza infermieristica.

ATTRIBUZIONE ALL'OSS DI COMPITI FUNZIONALI AI PROCESSI DI LAVORO INFERMIERISTICI : VARIABILI

VARIABILI LEGATE ALL'ORGANIZZAZIONE

- ☞ Esistenza/assenza di un referente infermieristico con competenze gestionali riconosciute
- ☞ Utilizzo / assenza di metodologie di pianificazione dell'assistenza infermieristica con relativa documentazione cartacea o informatizzata dei processi di lavoro
- ☞ Possibilità/impossibilità di garantire un costante affiancamento infermieristico all'OSS o di richiedere un confronto o l'intervento dell'infermiere
- ☞ Esistenza/assenza di piani di lavoro strutturati con la partecipazione infermieristica
- ☞ Esistenza / assenza di protocolli e procedure operative sulle principali attività svolte nell'U.O. / Servizio

VARIABILI LEGATE ALL'UTENTE

- ☞ Livello di complessità legato al soddisfacimento dei bisogni infermieristici
- ☞ Livello di comprensione e capacità cognitive
- ☞ Stabilità/instabilità clinica
- ☞ Numerosità e tipologia dei fattori di rischio presentati dall'utente

VARIABILI LEGATE ALL'INFERMIERE

- ☞ Livello di competenza maturato nella gestione del personale di supporto
- ☞ Grado di sviluppo del senso di responsabilità professionale
- ☞ Identità professionale

VARIABILI LEGATE ALL'OSS

- ☞ Livello di conoscenze ed abilità acquisite
- ☞ Grado di sviluppo del senso di responsabilità
- ☞ Efficacia/inefficacia della comunicazione interpersonale e del processo di scambi informativi costanti e reciproci (feed-back)

VARIABILI LEGATE ALLA PRESTAZIONE

- ☞ Livello di complessità/semplificazione della tecnica

☞ Livello di discrezionalità/standardizzabilità richiesta per l'esecuzione della tecnica

☞ Esistenza/assenza di fattori di rischio insiti nella tecnica

Le variabili elencate (suscettibili di nuove integrazioni) hanno valore paritario. Nell'utilizzo pratico esse devono essere tutte considerate e "pesate" in relazione alle specifiche situazioni in cui ci si trova ad operare e rivalutate di volta in volta in presenza di variazioni.

Questa logica consente, inoltre, di fornire risposte omogenee ed universalmente applicabili e soprattutto adattabili all'evoluzione del contesto tecnico-scientifico.

ATTRIBUZIONE ALL'OSS DI COMPITI FUNZIONALI AI PROCESSI DI LAVORO INFERMIERISTICI : CRITERI GUIDA

Oltre ad un' analisi costante delle variabili elencate è possibile definire alcuni criteri generali che possono fungere da ulteriore guida per l'infermiere:

1. Sono totalmente attribuibili tutte quelle attività inerenti l'esecuzione di azioni funzionali all'assistenza infermieristica e/o alla sicurezza ambientale e non rivolte alla persona (rifacimento letti vuoti, riordino materiali, trasporto materiali e campioni, attività burocratico-amministrative, interventi igienico-sanitari sull'ambiente, etc.).In talune circostanze può essere utile l'elaborazione di idonee procedure.

2. Sono potenzialmente attribuibili (sulla base e a seguito di valutazione delle variabili sopraelencate) tutte quelle attività inerenti l'esecuzione di azioni rivolte al soddisfacimento dei bisogni di igiene, movimento, alimentazione, eliminazione, sicurezza, ...purché siano state opportunamente pianificate e valutate dall'infermiere e siano caratterizzate da :

☞ Bassa complessità assistenziale (definibile a partire dalle caratteristiche psico-fisiche e socio-culturali della persona e pertanto suscettibili di modifica)

☞ Elevata standardizzazione

3. Sono potenzialmente attribuibili (sulla base e a seguito di valutazione delle variabili sopra elencate) azioni riferite all'esecuzione di medicazioni " semplici". A tale proposito si specifica che la semplicità/non semplicità della medicazione ,non potendo essere definita in senso assoluto, è definita dall'infermiere sulla base di criteri quali:

☞ Esistenza di una valutazione infermieristica iniziale delle condizioni della lesione/ferita

☞ Presenza di indicazioni di trattamento predefinite e concordate

☞ Assenza di complicanze e basso rischio di insorgenza

☞ Basso livello di difficoltà di esecuzione (livello di collaborazione della persona assistita, sede della lesione, impiego di presidi, sostanze farmacologiche, ecc.)

4. Sono potenzialmente attribuibili (sulla base e a

seguito di valutazioni delle variabili sopraelencate) azioni riferite alla somministrazione di farmaci per via orale e attraverso vie naturali. A tale proposito si specifica che, in considerazione della corrispondenza infermieristica in tali azioni, la possibilità di attribuzione, non potendo essere definita in senso assoluto, è individuata dall'infermiere sulla base di criteri quali:

- ☞ Esistenza di una valutazione infermieristica iniziale delle condizioni della persona (deglutizione, affidabilità, grado di collaborazione, situazione clinica)
- ☞ Farmaci che presentano basso rischio di complicanze
- ☞ Basso livello di difficoltà di somministrazione

5. Sono infine attribuibili all'OSS azioni riferite all'esecuzione di semplici procedure con finalità diagnostica (rilievo del peso, dei parametri vitali, della P.A. , della F.C. , della glicemia su sangue capillare).

A conclusione si riportano i passaggi da compiere precedenti e successivi alla scelta di attribuire/non attribuire una determinata attività all'OSS (ma anche ad altre figure di supporto).

Analizzare e considerare tutte le variabili presentate:

- ☞ Legate all'organizzazione
- ☞ Legate all'utente
- ☞ Legate all'infermiere
- ☞ Legate all'OSS
- ☞ Legate alla prestazione

Pianificare l'assistenza infermieristica:

- ☞ Individuare i problemi infermieristici reali o potenziali presentati dalla persona assistita
- ☞ Scegliere le azioni più adeguate per risolvere/prevenire tali problemi

Decidere e se attribuire, cosa attribuire , quando attribuire all'OSS

Verificare e valutare i risultati raggiunti

Tratto da " Le figure di supporto all'assistenza infermieristica " a cura del Coordinamento Regionale dei Collegi IPASVI della Lombardia

Si comunica che l'opuscolo "Le figure di supporto all'assistenza infermieristica - elementi conoscitivi e linee guida per l'integrazione nel processo assistenziale" - a cura del Coordinamento Regionale dei Collegi IPASVI della Lombardia è in vendita presso la segreteria del Collegio al costo di Euro 3,00



LA RESPONSABILITA' DELL'INFERMIERE NEL COINVOLGIMENTO DEI GENITORI ALLE CURE DEL NEONATO

Infermiera G. Colombo
Azienda Ospedaliera S. Anna Como - U.O. Terapia Intensiva Neonatale

Il nostro centro di Terapia Intensiva Neonatale (T.I.N.) ha da sempre favorito l'ingresso e la permanenza in reparto dei genitori. Prendendoci cura, non solo di neonati ricoverati dalla nascita ma anche di quelli provenienti dal domicilio o di lattanti con patologia prevalentemente respiratorie, i genitori rimangono vicini ai loro piccoli nell'arco delle 24 ore. In alcune occasioni la presenza continuativa dei genitori è stata fonte di disagio non per l'accettazione della loro presenza ma per la poca chiarezza sul ruolo che i genitori devono avere all'interno del reparto. Se a questo si aggiunge l'evoluzione che negli ultimi anni ha caratterizzato la professione infermieristica è sorto in me il bisogno di approfondire la tematica quanto mai attuale della responsabilità: ciascun'infermiere ne è coinvolto in prima persona ed è questa certezza che, pur essendo fonte di preoccupazione, lo deve condurre ad attivarsi per lavorare in condizioni di sicurezza per se stesso e per il paziente che assiste.

Come sempre i riferimenti fondamentali cui attenersi sono quello normativo e quello deontologico. Quello normativo costituito dalle leggi che regolano l'agire professionale di ciascun infermiere e, nello specifico dell'assistenza infermieristica pediatrica, da quelle nazionali e internazionali volte alla tutela del minore e della sua famiglia:

- ☞ **Legge 26/2/ 1999 n° 42** che stabilisce l'abrogazione del mansionario e il riconoscimento del pro-

filo professionale emanato con D.M. del 14/ 9/ 1994 n° 739 che "con questa legge termina di fare la voce fuori campo e può occupare il palcoscenico dell'esercizio professionale da protagonista in quanto affida all'infermiere una responsabilità totale per quanto riguarda l'assistenza generale infermieristica"¹.

📖 **Carta dei diritti dei bambini e delle bambine in ospedale** promulgata dall'U.N.E.S.C.O. che agli articoli 2-3 garantisce la presenza dei genitori in reparto, la loro accoglienza e la loro partecipazione all'assistenza del proprio bambino.

Inoltre esiste una serie di norme emanate dalla Regione Lombardia che, essendo la regione di appartenenza della nostra Azienda Ospedaliera, siamo tenuti a rispettare. In particolare:

📖 **Legge regione Lombardia 8/5/1987 n° 16 "La tutela della partoriente e la tutela del bambino in ospedale"** che, in particolare all'articolo n° 6, garantisce la continuità del rapporto tra genitori e bambino e le visite dei genitori in reparto.

📖 **Legge regione Lombardia 16/9/1998 n° 48 "Norme "per la salvaguardia dei diritti dell'utente del servizio sanitario nazionale e istituzione dell'ufficio di pubblica tutela degli utenti dei servizi sanitari e socio-assistenziali"** che all'articolo n° 6, avvalendosi anche della legge sovra-citata afferma la responsabilità degli operatori sugli interventi sanitari, l'informazione costante dei genitori, la garanzia alla presenza dei genitori nei reparti di degenza e la loro partecipazione attiva all'assistenza al minore.

📖 **Delibera regionale 6/8/1998 n° 6/38133** che nella parte relativa ai requisiti organizzativi e funzionali specifici per l'accreditamento, in riferimento all'area materno-infantile e pediatrica stabilisce che in prossimità della terapia intensiva e sub-intensiva neonatale deve essere attrezzato uno spazio dedicato ad ospitare i genitori dei neonati ricoverati.

Il riferimento deontologico è costituito dal Codice Deontologico dell'infermiere del maggio 1999 che già all'articolo n°1 "Premessa" conferma l'identità dell'infermiere e stabilisce le modalità di realizzazione dell'assistenza infermieristica. Proseguendo, all'articolo n° 4 "Rapporti con la persona assistita" afferma il ruolo educativo dell'infermiere e il coinvolgimento dell'assistito nell'assistenza infermieristica.

Ogni infermiere della T.I.N. deve considerare ciascun neonato come appartenente ad una "diade inscindibile"² con la sua mamma e unitamente al suo contesto familiare e deve essere inoltre ben consapevole, nel rispetto delle leggi sovra citate, di coinvolgere i genitori nell'assistenza del proprio neonato anche se può sorgere evidentemente spontanea una domanda: chi è responsabile dell'attività delegata al genitore? La risposta è da ricercare nelle leggi che ho affermato essere capisaldi di riferimento per l'esercizio professionale che l'infermiere svolge quotidianamente all'interno delle unità operative di terapia intensiva neonatale. Mangiacavalli a tal proposito afferma che "gli elementi del profilo professionale indispensabili per identificare una responsabilità infermieristica possono essere evidenziati nel comma 1 dell'art n° 1 che, dopo aver definito, chi è l'infermiere, gli affida la responsabilità totale per quanto riguarda l'assistenza generale infermieristica. Questo significa assumere la responsabilità dell'intero processo messo in atto dall'infermiere in risposta ad un bisogno specifico. La legge 42/99 rimanda al Codice Deontologico, profilo professionale e ordinamento didattico, l'individuazione del campo proprio esclusivo di autonomia e responsabilità"³ e all'interno del profilo professionale, possiamo ritrovarla all'articolo 1, punto 3 dove si afferma che l'infermiere:

- a) partecipa all'identificazione dei bisogni di salute della persona e della collettività
- b) identifica i bisogni di assistenza infermieristica della persona e della collettività e formula i relativi obiettivi
- c) pianifica, gestisce e valuta l'intervento assistenziale infermieristico
- d) garantisce la corretta applicazione delle prescrizioni diagnostico-terapeutiche
- e) agisce sia individualmente sia in collaborazione con altri operatori sanitari e sociali.
- f) per l'espletamento delle funzioni si avvale, ove necessario, dell'opera del personale di supporto.

In riferimento all'ultimo punto, ancora Mangiacavalli afferma che "avvalersi del personale di supporto vuol dire **delegare**. E' opportuno precisare che il nostro ordinamento giuridico, a tale proposito, fa riferimento a due capisaldi:

📖 non prevede una delega di responsabilità

📖 non assegna alcuna responsabilità in capo a ruoli esecutivi. Ciò significa che, se **l'infermiere** delega lo svolgimento di un'attività propria a personale esecutivo di supporto, **mantiene la totale responsabilità di ciò che ha delegato**".⁴

Inoltre anche M. Casati a tal proposito, recita così: "Gli infermieri sono responsabili delle attività delegate, del controllo, della corretta esecuzione e della registrazione delle medesime".⁵

Da quanto sopra citato si evince che i genitori di un neonato ricoverato in T.I.N. non possono essere considerati come personale esecutivo di supporto, ma **l'attività che l'infermiere delega loro assume la stessa valenza in termini di responsabilità**. Quindi qualsiasi attività propria l'infermiere deleghi ai genitori ne rimane comunque completamente responsabile. Si tratta ora di stabilire cosa l'infermiere può delegare. Sempre secondo Mangiacavalli, "si possono delegare compiti ma non funzioni specifiche del proprio profilo".⁶

Nucleo centrale della tematica mi sembra possa essere individuato in quanto da lei affermato:

"La fase dove si può intravedere una delega di compiti è quella relativa all'esecuzione dell'intervento mentre non potranno mai essere delegate le funzioni che appartengono al processo decisionale infermieristico: raccolta-dati, identificazione dei b.a.i., pianificazione, intervento e valutazione."⁷

Quanto finora dichiarato può far sorgere in ciascun infermiere una certa preoccupazione, tuttavia egli non può esimersi dal rendere partecipi attivamente i genitori alle cure del proprio neonato. Verrebbe meno così a tutti i principi della professione finora citati e all'obiettivo principe che per ogni infermiere della T.I.N. dovrebbe essere rappresentato dal favorire i genitori a ritrovare e scoprire il proprio neonato e nel far emergere le loro competenze e il loro ruolo. Questo è uno degli obiettivi dell'assistenza infermieristica pediatrica come affermato da Pitacco e Mangiacavalli citate in Casati: "Obiettivo dell'assistenza infermieristica pediatrica è mettere la famiglia nella condizione di rispondere autonomamente ai bisogni del bambino, restituendole quel ruolo al quale è socialmente e culturalmente deputata".⁸ Inoltre, le T.I.N. che attuano la N.I.D.C.A.P in riferimento alla "Teoria Sinattinva della Als", devono avere come obiettivo il coinvolgimento dei genitori al fine di favorire lo sviluppo neuroevolutivo del neonato pre-termine. Mi sembra altresì doveroso affermare che, pur mantenendo l'autonomia decisionale, ogni intervento va concordato con i genitori che al momento del ricovero affidano il loro bimbo ai professionisti che operano nella struttura ospedaliera e che quest'ultimi hanno il dovere di informarli sui progetti di cura e assistenza infermieristica. Lusignani a tal proposito afferma che: "Buona assistenza infermieristica, hanno sostenuto alcuni autori, è quella che, oltre alla valutazione della appropriatezza clinica delle proprie azioni, rende possibile che la persona partecipi alle decisioni che si ripercuotono sul suo benessere".⁹

Ma a questo punto occorre chiedersi quale strumento ha a disposizione l'infermiere per argomentare l'attività attribuita ai genitori. E ancora una volta la risposta la troviamo nel profilo professionale che all'articolo n° 1, comma n°2-3 "sancisce l'utilizzo di una metodologia scientifica e valida quale il processo di assistenza infermieristica e riporta all'implementazione di una documentazione infermieristica necessaria per storicizzare le prestazioni infermieristiche, quindi non solo mera valenza amministrativa, ma valenza legale come atto pubblico".¹⁰ E' a tal proposito rilevante quanto affermato da Casati:

☞ "Documentare rende esplicito ciò che si fa, lo rende certo; tutto quello che è stato documentato ha un valore legale: se è stato documentato, significa che è stato eseguito".¹¹

☞ "Documentare il proprio operato fa parte dei requisiti di ogni professione e quindi anche di quella infermieristica".¹²

In riferimento al Codice Deontologico, in particolare al punto 4. 7 che sancisce la gestione dello strumento informativo in uso si evidenzia la necessità di una progettualità dell'infermiere qualora se ne ravvisi la necessità. E' necessaria innanzi tutto la stesura di protocolli e procedure per uniformare le modalità di attuazione delle azioni infermieristiche per rendere più rapida e uniforme la compilazione della documentazione.

Facendo riferimento al modello concettuale teorico delle Prestazioni Infermieristiche di M. Cantarelli, vorrei tentare concretamente di documentare l'attività delegata ai genitori riferendomi alla **fase** del processo di assistenza infermieristica **dell'attuazione delle azioni infermieristiche** che come dichiarato **è l'unica che permette il coinvolgimento dei genitori** prendendo in considerazione come esempio il bisogno di igiene.

Nella pianificazione dell'assistenza infermieristica, si deve tenere conto del neonato, della mamma e dell'intera struttura familiare.

RACCOLTA DATI: assume nell'ambito dell'assistenza al neonato un'importanza rilevante ai fini della qualità dell'assistenza erogata perché attraverso la conoscenza e l'evidenza del percorso neuro-evolutivo che si realizza la personalizzazione. Importante è infatti capire le competenze di ciascun neonato e di ciascuna madre e componente familiare per pianificare un'assistenza che porti realmente ogni madre ad essere protagonista con il suo bambino. Significa raccogliere informazioni sul neonato e sui genitori senza trarne giudizi sulla persona. E qui si apre, secondo me un aspetto delicato e difficile della documentazione che è quello di limitarsi a descrivere con precisione ma oggettivamente i fatti omettendo pregiudizi di tipo personale. Se l'infermiere avverte l'esigenza di segnalare fatti che possono risultare negativi per il bambino deve farlo in modo oggettivo limitandosi a segnalarli e a documentarne l'avvenuta comunicazione alla figura professionale istituzionalmente preposta (caposala, medico di reparto, primario, specificandone nome e cognome).

IDENTIFICAZIONE DEL BISOGNO: conseguentemente ai dati raccolti sarò in grado di stabilire il grado di autonomia della madre nel soddisfare il bisogno di igiene del suo piccolo.

FORMULAZIONE DEGLI OBIETTIVI: obiettivo generico, come già precedentemente affermato è quello di rendere autonoma la madre nella gestione del suo piccolo e più specifico nel soddisfare il bisogno di igiene attuando il bagnetto per immersione nella vaschetta.

ATTUAZIONE DELLE AZIONI INFERMIERISTICHE: come affermato precedentemente, proprio al fine di rendere i genitori dei veri protagonisti, occorre concordare l'attuazione delle azioni infermieristiche e documentare ciò che è stato concordato. Le azioni infermieristiche devono essere supportate da cono-

scienze teoriche precise relative allo specifico dell'assistenza infermieristica in ambito neonatale e mirate alla graduale autonomia della madre e dei componenti della famiglia. Tradotta nel modello concettuale teorico di riferimento significa attuare dapprima azioni di sostituzione e, attraverso quelle di guida e indirizzo, arrivare solo ad attuare dapprima azioni di compenso e poi di sostegno. **E' quindi la fase in cui è previsto un contributo attivo da parte dei genitori** e il ruolo dell'infermiere rimane comunque, durante l'apprendimento e l'esecuzione da parte dei genitori, quello di sorvegliare attentamente l'attività delegata e ancora una volta documentare tutto ciò.

RAGGIUNGIMENTO DELL'OBIETTIVO: è possibile solo in fase operativa. L'infermiere deve conoscere il grado di autonomia raggiunta dalla madre e dalla coppia nell'assistere il proprio neonato. E' la fase più importante ai fini dell'aspetto documentativo strettamente legato alla responsabilità dell'infermiere quindi anche medico-legali.

A conclusione vorrei così riassumere l'impegno di ciascuno di noi nello svolgimento della professione all'interno delle t.i.n.: l'aspetto dell'attinenza alle normative vigenti in materia sanitaria è fondamentale per capire chi siamo, dove stiamo andando e lavorare in sicurezza documentando con rigore i nostri interventi assistenziali senza dimenticare l'essenza della nostra professione, che questa affermazione di E. Manzoni mi sembra possa riassumere perfettamente: "L'assistenza infermieristica è un evento eterno, immutabile, al di sopra del tempo e dello spazio. Ogni incontro tra un infermiere ed una persona che ha necessità del suo aiuto è un fatto misterioso, carico, unico, intenso, progettuale, irripetibile."¹³

-
- 1) M. Lusignani - B. Mangiacavalli - M. Casati: Infermieristica generale e organizzazione della professione (p. 119) Masson 2001
 - 2) S. Ortelli.: Metodologia infermieristica applicata (p. 20) Masson 1997
 - 3) B. Mangiacavalli: Le figure di supporto nel processo assistenziale: opportunità di sviluppo per la professione infermieristica? IL profilo dell'O.S.S.: formazione e attività. (p. 2) Relazione Convegno Lecco 2001
 - 4) B. Mangiacavalli: Le figure di supporto nel processo assistenziale: opportunità di sviluppo per la professione infermieristica? IL profilo dell'O.S.S.: formazione e attività. (p. 3) Relazione Convegno Lecco 2001
 - 5) M. Casati: La documentazione infermieristica (p. 183)
 - 6) B. Mangiacavalli: Le figure di supporto nel processo assistenziale: opportunità di sviluppo per la professione infermieristica? IL profilo dell'O.S.S.: formazione e attività. (p. 3) Relazione Convegno -Lecco 2001
 - 7) B. Mangiacavalli: Le figure di supporto nel processo assistenziale: opportunità di sviluppo per la professione infermieristica? IL profilo dell'O.S.S.: formazione e attività. (p. 3) Relazione Convegno Lecco 2001
 - 8) M. Lusignani - B. Mangiacavalli - M. Casati: Infermieristica generale e organizzazione della professione (p. 168) Masson 2001
 - 9) M. Lusignani - B. Mangiacavalli - M. Casati: Infermieristica generale e organizzazione della professione (p. 34) Masson 2001
 - 10) B. Mangiacavalli: Le figure di supporto nel processo assistenziale: opportunità di sviluppo per la professione infermieristica? IL profilo dell'O.S.S.: formazione e attività. (p. 2) Relazione Convegno Lecco 2001
 - 11) M. Casati : La documentazione infermieristica (p. 179)
 - 13) E. Manzoni: Storia e filosofia dell'assistenza infermieristica (pag. 296)

BIBLIOGRAFIA

1. Legge 26/2/ 1999 n° 42
2. Carta dei diritti dei bambini e delle bambine in ospedale
3. Legge regione Lombardia 8/5/1987 n° 16 "La tutela della partoriente e la tutela del bambino in ospedale"
4. Legge regione Lombardia 16/9/1998 n°48 "Norme per la salvaguardia dei diritti dell'utente del servizio sanitario nazionale e istituzione dell'ufficio di pubblica tutela degli utenti dei servizi sanitari e socio- assistenziali"
5. Delibera regione Lombardia 6/8/1998 n° 6/38133
6. Federazione Nazionale Collegi I.P.A.S.V.I. Codice Deontologico. Maggio 1999
7. S. Ortelli : Metodologia infermieristica applicata - Masson 1997
8. B. Mangiacavalli: Le figure di supporto nel processo assistenziale: opportunità di sviluppo per la professione infermieristica? IL profilo dell'O.S.S.: formazione e attività. Relazione Convegno Lecco 20001
9. M. Casati: La documentazione infermieristica - McGraw-Hill- 1999
10. M Lusignani- B. Mangiacavalli- M. Casati: Infermieristica generale e organizzazione della professione. Masson 2001
11. A. Davidson: Assistenza personalizzata allo sviluppo del neonato nella terapia intensiva neonatale. Trieste - Novembre 1995
12. E. Manzoni.: Storia e filosofia dell'assistenza infermieristica. Masson 1996

SPAZIO BACHECA

GIMBE - COLLEGIO IPASVI MILANO LODI

Corso avanzato "Evidence Based Nursing" 1°
Edizione Regione Lombardia - Milano gennaio /
maggio 2003
Info. info@milanolodi.ipasvi.it Tel. 02/59900154
fax. 02/55189977

EDTNA/ERCA

XXI Congresso Nazionale - Percorsi di qualità
Viterbo - 3/4/5 aprile 2003 (è stato richiesto
accreditamento ECM)
Info. A.Tartufolo 0761/339691 M.Mattiacci
0761/341196

A.N.I.N.

Le competenze assistenziali nelle neuroscienze:
assistenza, sicurezza, società - Bellaria 10/11/12
aprile 2003 (è stato richiesto accreditamento ECM)
Info. v.vicenzi@adriacongrex.it tel. 0541/305811
fax 0541/305849

AIEOP

XXX Congresso nazionale - Verona 25/27 maggio
2003
Info. ctp@congressteam.com tel. 0382/22650 fax
0382/33822

VIDAS

* Il care-giver del terzo millennio nelle cure palliative : la famiglia risorsa e ostacolo - la professionalità "aggiuntiva"- Milano 12/13/14 marzo 2003
* In realtà, esiste l'équipe interprofessionale nelle Cure Palliative? Dall'individuo al team - Milano 24/25 ottobre 2003
* Come intrecciare competenze e funzioni nelle Cure palliative: modelli e obiettivi di partnership tre Terzo Settore e Ente Pubblico - Milano 21/11/2003
* La normativa legale e assicurativa per la professione infermieristica domiciliare - Milano 23/09/2003
Per tutti gli eventi è stato richiesto accreditamento E.C.M.
Info. segreteria.csf@vidas.it tel. 02/72511.218
fax. 0272511.237

UNIVERSITA' STUDI PIEMONTE ORIENTALE "AMEDEO AVOGADRO"

1 - Master Universitario di I livello in Nursing Oncologico per infermieri
2 - Master Universitario di I Livello in Cure palliative per medici e infermieri
Info. poloncno@maggioreosp.novara.it tel.
0321/3733984 sig.a Luisa Rossi fax.
0321/3733985

UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI SIENA

Corso di perfezionamento e promozione della salute: strategie, metodi e strumenti
Info. igiene@unisi.it tel. sig.a R.Simi 0577/234088
sig.a T. Sisikou 0577/234096 fax. 0577/234090

ISTITUTO DERMATOPATICO DELL'IMMACOLATA ROMA

Corsi di formazione e aggiornamento per infermieri anno accademico 2002/2003
Prevenzione e cura delle ulcere cutanee (5 crediti)
Assistenza infermieristica al paziente terminale e cure palliative (15 crediti)
Assistenza infermieristica al paziente dializzato (10 crediti)
Info. scinf@idi.it tel. 06/39366062 fax
06/39366066

ISTITUTO CHANGE - TORINO

La comunicazione professionale e il consueiling per gli infermieri professionali - Corso di base di Consueiling infermieristico / Edizione 2003
Info. change@ipsnet.it fax 011/6695948

CONCORSO NAZIONALE - Premio Gemma Castorina

Titolo: "Progetto Infermieristico per la Informazione e la Comunicazione agli utenti del soccorso Sanitario 118: strumenti divulgativi."
Scadenza 15 febbraio 2003
Aperto agli operatori che operano nelle centrali operative del 118 nonché gli studenti iscritti al 3 anno di Corso di Laurea di Infermiere.
Info. cbonechi@tiscalinet-it tel. 0564/22975 fax.
0564/22976 (Collegio IPASVI Grosseto).

FORMAZIONE

MARIO NEGRI Istituto di ricerche tecnologiche

Corso per infermieri professionali di ricerca clinica
Info. riceputi@irfmn.mnegri.it tel. 035/511111 fax.
035/510745

UNIVERSITÀ "CAMPUS BIOMEDICO ROMA"

corso modulare in nursing management
Info. g.bernini@unicampus.it tel. Gaeta Bernini
06/22541308

