

Numero 6 - Aprile 1999

NUMERO SPECIALE



AGORA

Spazio di informazione e confronto del Collegio Ipassvi di Como

Pomeriggio Infermieristico

atti dell'incontro 9 dicembre 1998

Pomeriggio Infermieristico

Il Collegio IPASVI Como ha organizzato questo pomeriggio su tre argomenti distinti ma che secondo il consiglio direttivo rispecchiavano le necessità informative degli iscritti. In questo stralcio di fine anno, sono tre argomenti di cui si parla di frequente per cui ci sembrava opportuno un approfondimento su queste tematiche:

- **progetto di formazione complementare presentato dalla Federazione Nazionale ai Collegi provinciali di cui esiste una pubblicazione redatta dalla Federazione stessa;**

- **CIVES - cioè progetto protezione civile - Coordinamento Infermieri Volontari Emergenza Sanitaria;**

- **abrogazione del mansionario.**

I relatori saranno: Emanuele Fumagalli Presidente del Collegio IPASVI di Lecco e docente infermiere alla sezione di corso dell'azienda ospedaliera di Lecco; Ercole Andrea Piani Presidente del Collegio di Sondrio e segretario Nazionale del CIVES.

approvate dal Consiglio Nazionale.

Dopo un periodo di lavoro da parte di un gruppo costituito da infermieri con la consulenza di Gilbert (pedagogista) è stata pubblicata recentemente la proposta attuativa della formazione complementare infermieristica, pubblicata sul testo "Linee guida per la formazione complementare". Il progetto è stato presentato ufficialmente in un convegno tenutosi a Roma il 16.10.98. Nel complesso questa proposta di formazione infermieristica disegna tre livelli di formazione:

- 1 - la formazione infermieristica di base, cioè il diploma universitario per infermieri che è già una realtà e che prepara l'infermiere come responsabile dell'assistenza infermieristica generale;

- 2 - formazione specialistica che prevede dei corsi successivi all'acquisizione del titolo di responsabile dell'assistenza infermieristica generale come corsi di formazione complementare post-base;

- 3 - il progetto prevede di acquisire una laurea disciplinare che permetterebbe l'acquisizione del titolo che

garantirebbe la possibilità per l'infermiere di entrare a far parte della dirigenza.

possibilità di attivare questo terzo livello di formazione infermieristica.

In questa giornata dettaglieremo il progetto di formazione complementare, analizzando i presupposti che giustificano l'esistenza di una formazione specialistica post-base per gli infermieri; dettaglieremo l'obiettivo della formazione complementare, la sua struttura, i contenuti ed infine le strategie che a livello di ogni Collegio e di coordinamenti regionali si intendano mettere in atto per garantire l'incrementazione del progetto stesso.

Partiamo dal primo elemento teso a ricercare quelli che potrebbero essere i presupposti che giustificano l'esistenza di una formazione specialistica. Premetto che questa esigenza deve essere identificata con un presupposto fondamentale: l'esistenza di una necessità sociale quindi di un bisogno collettivo sono la giustificazione più elevata per la nascita di una formazione specialistica. Molti elementi che motivano e possono essere utilizzati come supporto per affermare la necessità di una formazione infermieristica specializzata si trovano anche dall'analisi della storia della formazione.

Contestualmente alla nascita e istituzione delle prime scuole convitto per infermieri diplomati, nascevano corsi che oggi potremmo definire specialistici per l'acquisizione dell'abilitazione a funzioni direttive (capo sala) e per l'assistente sanitario e vigilatrice d'infanzia. Negli anni '60/'70 sulla scia delle specializzazioni mediche sono nati tanti corsi di specializzazione successivi al diploma di base con un orientamento prevalentemente legato alla patologia e quindi orientamento prevalentemente medico oppure

FORMAZIONE COMPLEMENTARE (Emanuele Fumagalli)

E' un progetto pubblicato ed elaborato dalla Federazione Nazionale; fa riferimento ad uno dei progetti obiettivi definiti nelle linee programmatiche del triennio 97/98 da parte della Federazione Nazionale

L'ordinamento didattico di questo progetto di laurea non è però dettagliato all'interno del progetto che presenterò. Esistono tre diversi disegni di legge in discussione, uno in particolare se venisse approvato in tempi brevi comporterebbe la

legato all'acquisizione di particolari tecniche. Di questi corsi in Italia se ne contavano fino a 100 differenziati. Negli anni '80 si sono poi via via spenti e non sono stati più attivati poichè la tendenza era quella di considerare, come oggi, l'infermiere come figura polivalente.

Anche l'assenza però di corsi di specializzazione non nasconde la necessità di acquisire competenze ed abilità successive alla formazione di base. Oggi all'infermiere che opera in particolari realtà operative o che svolge particolari funzioni sono richieste conoscenze competenze e abilità differenti da acquisire successivamente al percorso formativo di base. Come vengono acquisite oggi? Attraverso corsi di aggiornamento oppure attraverso l'esperienza lavorativa del singolo.

Ciò che manca, non esistendo un assetto organizzativo formativo successivo al diploma di base, è il riconoscimento di queste competenze, abilità e conoscenze; riconoscimento sia di natura giuridica sia di natura economica. Altre fonti importanti da cui ricavare giustificazioni circa la necessità di attuare una formazione specialistica si ritrovano in alcuni atti normativi, vi

aree.

Altri eventi che giustificano la necessità dei corsi di specializzazione sono elementi di natura professionale, sono legati al rinnovato contesto sanitario che oggi chiede, a coloro che operano all'interno del servizio sanitario, rinnovate competenze, una maggiore attenzione alla qualità delle prestazioni, alla dimostrazione oggettiva dell'efficacia del contributo professionale, e la centralità del cliente; tutti aspetti previsti dalla legge di riforma che dovrebbero caratterizzare, una volta a regime il cambiamento del contesto sanitario. E' oggi presente, rispetto al passato, una maturata consapevolezza professionale, una maggior chiarezza circa l'identità infermieristica che deriva dal fatto che l'IP ha un campo di azione all'interno del contesto più ampio della salute, diverso da quello medico con un orientamento particolare e con metodi e strumenti disciplinari propri. La formazione complementare diverrebbe, dal punto di vista delle politiche professionali, un elemento di strategia perché potrebbe consentire assieme ad altri obiettivi, un maggior riconoscimento nel contributo del risultato in termini di salute. Questo risultato deriva dalla visione del gruppo infermieristico; nell'insieme, i presupposti storici normativi e professionali e l'esistenza di un bisogno collettivo di una necessità sociale giustificano l'attenzione che la Federazione Nazionale ed i Collegi, hanno posto nei confronti della formazione complementare.

Altro elemento direttamente ricavato dal progetto pubblicato è l'obiettivo che ci si propone nel formare infermieri specializzati cioè quello di formare infermieri che siano in grado di gestire strategie infermieristiche in situazioni di elevata complessità assistenziale e in grado di fornire consulenza nei confronti di colleghi o di altri operatori.

L'aspetto della consulenza è molto importante, è già presente in altri gruppi professionali ed è del tutto nuovo perlomeno dal punto di vista formale all'interno della professione infermieristica. Altra funzione che ci si aspetta che sia in grado di esercitare l'infermiere specializzato è il contributo nella formazione del personale e nell'educazione in termini di salute di utenti e familiari.

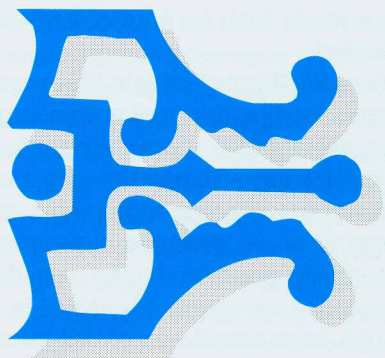
Altro ambito è la partecipazione all'attività di ricerca infermieristica: aspetto questo abbastanza nuovo nella realtà professionale, da sviluppare perché sarà un ambito importantissimo che determinerà la crescita e lo sviluppo delle conoscenze della disciplina infermieristica. Uno degli elementi maggiormente dettagliati all'interno del progetto è sicuramente la struttura organizzativa che prevede la formazione specialistica complementare in cinque aree (previste dal decreto ministeriale 739/94):

- sanità pubblica;
- pediatria;
- geriatria;
- psichiatria;
- area critica.

Queste aree sono identificate non più sulla base della patologia o sull'acquisizione di una tecnica, ma sulla base della complessità del bisogno di assistenza infermieristica riferito alla fascia d'età per il caso di geriatria e pediatria, o in presenza di disequilibri mentali per la psichiatria o prevalentemente fisici per l'area critica o per l'area della sanità pubblica dove nell'ambito operativo è prevalente il ruolo educativo. Il progetto, ed è questo un elemento innovativo rispetto alla tradizione dei corsi di formazione infermieristica post-base, è di tipo modulare, sono previsti cioè più moduli che una volta frequentati e valutata positivamente la frequenza e l'acquisizione di competenze e conoscenze, permettono di acquisire crediti che saranno utili al fine di ottenere l'acquisizione del titolo di specializzazione. La struttura prevede tre tipi di moduli cosiddetti moduli di competenza:

- 1 - moduli di competenza specifici;
- 2 - moduli di competenza integrativi;
- 3 - moduli di competenza specializzanti.

Nel dettaglio vedremo i moduli specifici, integrativi e specializzanti. Le caratteristiche: il modulo di competenza specifico è così definito perché riferito a situazioni assistenziali tipiche peculiari di un'area, esisteranno quindi una serie di moduli specifici per l'area critica, una serie di moduli specifici per la sanità pubblica, per la pediatria, per la geriatria, per la psichiatria. La frequenza e il superamento di due o più di



sono alcune raccomandazioni europee che consigliano per i paesi aderenti alla CEE, l'attivazione di corsi post-base nel campo dell'assistenza infermieristica. Vi sono ancora delle direttive internazionali di organismi autorevoli, come il Consiglio infermieri internazionali, che indica questa come una delle necessità per i paesi con un sistema sanitario evoluto; un atto normativo importante a cui la Federazione Nazionale ha fatto riferimento nell'elaborazione di questo progetto è il D.M. 739/94 (profilo professionale dell'infermiere) che prevede la possibilità di istituire corsi di specializzazione in alcune

questi moduli permetterà all'infermiere di acquisire una serie di crediti che saranno utili al fine dell'acquisizione del titolo di specializzazione. I moduli di competenza integrativi sono così denominati perché riferiti a situazioni assistenziali trasversali a più aree. Il modulo di competenza specializzante è unico ed è riferito all'acquisizione di quelle competenze, conoscenze e abilità trasversali riferite alla capacità di gestione, di consulenza, di formazione e di ricerca cioè quegli elementi che sono funzioni chiave per il futuro infermiere specializzato.

Questi moduli hanno un peso formativo diverso; per l'acquisizione del titolo di specializzazione è necessario aver acquisito almeno il 70% dei crediti frequentando tutti i moduli specifici previsti per quell'area; l'eventuale altro 30% dei crediti per poter accedere al modulo specializzante deriva dalla frequenza ai moduli di competenza integrativi e quindi comuni a più aree. Il modulo di competenza specializzante rispetto al totale rappresenta, in termini di peso formativo di ore il 25% del totale; per l'acquisizione del titolo di specializzazione il progetto prevede la frequenza di 1600 ore suddivise in ambito teorico e ambito di tirocinio, all'interno della struttura del progetto è di notevole valore il ricorso a metodologie di didattica attiva per cui per l'accREDITO di queste ore non è necessaria la frequenza o la presenza fisica dell'infermiere in un'aula, ma queste ore possono essere accreditate anche sulla base di presentazione di relazioni o di studi autogestiti così come vuole la moderna pedagogia. Quali sono i requisiti d'accesso previsti dal progetto di formazione complementare? Per poter accedere alla frequenza dei moduli di competenza specifici o integrativi è necessario come requisito il diploma di infermiere acquisito o con l'ordinamento didattico precedente regionale o con il diploma universitario; non è indispensabile per la frequenza di questi due modelli essere in possesso di diploma di maturità quinquennale. Il titolo di maturità insieme al diploma di infermiere diventa invece requisito d'accesso per la frequenza al modulo di competenza specializzante e inoltre diventa necessario avere frequen-

tato i moduli specifici o integrativi per un totale di 1200 ore di cui almeno il 70% riferite a moduli specifici per quell'area per cui si vuole ottenere la specializzazione.

I moduli di competenza specifici e integrativi oltre ad essere moduli necessari per arrivare alla specializzazione possono costituire anche elementi unitari singoli a cui è dato un certo valore. La frequenza ai moduli specifici ed integrativi comporta il rilascio di un certificato di competenza riferito ad una specifica situazione assistenziale. Questo certificato può essere visto come un certificato spendibile nel contesto sanitario nazionale.

Se oltre la frequenza dei moduli di competenza specifici per il totale delle ore previste si prosegue e si supera il modulo di competenza specializzante, viene rilasciato il certificato di specializzazione in infermiere pediatrico, geriatrico, di sanità pubblica, di area critica, di psichiatria, quindi il certificato di specializzazione riferito a quell'area specifica prescelta.

Il prototipo del percorso: ogni modulo sia specifico che integrativo avrà in termini di ore un peso da un minimo di 100 ore a un massimo di 250 ore; per poter acquisire quindi il titolo di specializzazione sarà necessario avere frequentato 2/3 o più moduli specifici fino ad avere crediti per almeno 840 ore, moduli integrativi per un massimo di 360 ore (non più del 30%) più il modulo specializzante che rappresenta il 25% di peso formativo rispetto al totale, quindi il modulo specializzante ha una durata stabilita di 400 ore. Il percorso tipo per arrivare all'acquisizione del titolo di specializzazione prevede le 1600 ore teoriche e pratiche totali.

Per l'area geriatrica esempi di moduli specifici sono l'assistenza infermieristica all'anziano, l'assistenza infermieristica all'anziano in condizioni di disabilità e cronicità, l'assistenza infermieristica con disturbi del comportamento, l'assistenza infermieristica domiciliare e assistenza riabilitativa all'anziano; ogni modulo quindi rappresenta in qualche modo un grosso argomento di natura prettamente assistenziale non solo a livello di denominazione del modulo ma anche a livello di contenuti.

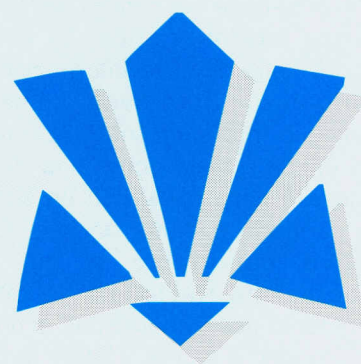
Moduli integrativi sono: assistenza

infermieristica nell'ospedalizzazione e a domicilio, assistenza infermieristica al paziente oncologico, assistenza infermieristica al paziente diabetico, assistenza infermieristica al paziente terminale e le cure palliative.

Moduli per l'area critica: l'assistenza infermieristica dell'emergenza e urgenza, l'assistenza infermieristica al paziente dializzato, al paziente critico, cardiovascolare, le tecniche di perfusione.

Il progetto pubblicato non si limita a disegnare la struttura organizzativa della formazione specialistica, ma entra nel merito anche della stesura dei contenuti sotto forma di esempi. Il progetto presenta per ognuna delle cinque aree individuate una definizione per ciò che si intende per area, vengono specificati quali dovrebbero essere gli ambiti operativi in cui l'infermiere con quella specializzazione in quella determinata area potrà esercitare; vengono anche individuati attraverso un'analisi del contesto sanitario italiano, che tiene conto anche dei dati epidemiologici, quali sono i problemi di salute prioritari che l'infermiere specializzato grazie all'acquisizione di competenze e conoscenze potrà affrontare e in qualche modo farsi garante in termini di risultato.

Viene inoltre individuato il percorso formativo tipo per ogni area, vengono dettagliati i moduli specifici, i moduli integrativi nel dettaglio con il monte ore. Il progetto presenta, per ogni area, un esempio di programmazione didattica di uno specifico modulo, vengono identificate le unità di apprendimento cioè grossi capitoli all'interno di un modulo, gli obiettivi educativi che si vogliono



raggiungere in termini sia di risultati cognitivi che comportamentali, sia di obiettivi affettivi e relazionali, vengono anche precisati i metodi di apprendimento e di insegnamento consigliabili (non solo i metodi classici come la lezione ma tutta una serie di metodologia che appartengono alla moderna pedagogia come il lavoro di gruppo, il lavoro in laboratorio, studio autogestito e autoguidato e altre tecniche di apprendimento/insegnamento).

Il progetto prevede anche alcuni metodi di valutazione per verificare l'acquisizione delle specifiche competenze e conoscenze da parte dello studente che frequenta quel modulo.

Concluderei la presentazione del progetto complementare analizzando le imminenti strategie da mettere in atto per fare in modo che il progetto non rimanga solo un documento cartaceo, ma venga anche realizzato. Ovviamente queste strategie non possono che scaturire da un'analisi della realtà che mette in evidenza la presenza di quegli elementi favorevoli all'incrementazione del progetto tra cui: il fatto che si tratta di un progetto completo in tutti i suoi dettagli; l'organizzazione della formazione complementare non è prevista solo dal profilo professionale dell'infermiere ma anche dal profilo di altre figure formate con i diplomi universitari, ma il gruppo infermieristico è l'unico ad avere un progetto completo nella struttura e nei suoi contenuti.

Altro elemento a favore è la flessibilità del progetto, si è abbandonata l'organizzazione del corso annuale per introdurre questa struttura modulare che è molto flessibile e dinamica nel tempo, permetterebbe l'adeguamento con il passare del tempo alle effettive necessità nuove che sorgono all'interno del servizio sanitario nazionale. Altro punto è l'originalità e la novità del progetto, la sua doppia spendibilità sia in termini di certificati di competenze, sia di certificati di specializzazione. Si sta ridefinendo la classificazione del personale che opera all'interno del SSN, ciò prevederà anche per gli infermieri la possibilità di carriera orizzontale quindi carriera clinica e in questo senso la formazione complementare potrebbe essere un elemento fortemente discriminante per passare

da una categoria all'altra e quindi avere un riconoscimento di natura sia giuridica che economica, legata alla manifestazione di competenze e conoscenze. Alcuni elementi prioritari da ricercare nel futuro del contesto sono: la qualità delle prestazioni, la misurazione dell'efficacia, la possibilità di documentare oggettivamente i risultati che derivano dall'azione professionale e la centralità del cliente. Sono questi i concetti che possono essere maggiormente acquisiti specializzando le competenze dell'infermiere. A fronte di questi elementi favorevoli vi sono alcuni oggettivi ostacoli che devono esser studiati, analizzati e superati rappresentati dall'originalità del progetto che è talmente innovativo e in linea con le tendenze europee che per interlocutori molto legati alla tradizione potrebbe rappresentare un ostacolo. Altro problema è legato al finanziamento dei corsi, in questo periodo a livello politico generale si è in un momento di emergenza finanziaria quindi l'attenzione forte è data all'abbattimento dei costi per cui il problema finanziamento potrebbe rappresentare uno degli ostacoli da superare. Altro punto è legato all'insufficiente potere politico del gruppo profes-

sionale: siamo come
infermieri,
assenti in
parla-



mento ,
nel ministe-
ro; in regione si
sta affermando ora la
presenza degli infermieri in questi
contesti e in questi ambiti decisio-
nali dove invece altre figure sono
presenti da molto più tempo ed
hanno molto più potere. Altro osta-
colo potrebbe essere legato al rico-
noscimento da parte dell'università
di questi corsi di specializzazione,
l'ordinamento universitario regola-

mentato dalla legge n. 341 (legge Ruberti), prevede che in ambito universitario la specializzazione sia solo successiva all'acquisizione del diploma di laurea; sono quindi contemplati quattro livelli: diploma universitario, diploma di laurea, diploma di specializzazione successivo alla laurea e dottorato di ricerca.

Evidentemente non avendo noi ancora la laurea e prevedendo un progetto di formazione specialistica successiva al diploma universitario, potrebbe rappresentare un elemento di difficoltà in termini di riconoscimento del titolo da parte dell'università tenuto conto sia degli elementi favorevoli sia degli ostacoli che non devono e non possono frenare l'azione degli organismi di rappresentanza professionale. A livello di coordinamento regionale e di Collegi, gli obiettivi e le strategie che stiamo attivando mirano a favorire la conoscenza del progetto (si sono già intrapresi a livello di coordinamento regionale contatti sia formali che informali con gli interlocutori istituzionali che saranno chiamati in ultima analisi a decidere per l'incrementazione dei corsi). Il coordinamento regionale ha preso contatto con l'Assessorato alla Sanità, con alcuni direttori generali di Aziende Ospedaliere per valutare la disponibilità l'incrementazione dei corsi.

Altro obiettivo è quindi quello di favorire l'incrementazione dei corsi attraverso una richiesta formale rivolta all'assessorato alla sanità di attivazione di una sperimentazione per il prossimo anno accademico di un corso di specializzazione infermieristica secondo la struttura e il progetto delineato dalla Federazione Nazionale e la disponibilità all'interno del coordinamento regionale di costituire un gruppo di lavoro per stendere un progetto dettagliato che definisca nei minimi termini le risorse necessarie sia umane, finanziarie che materiali. Ancora, per favorire l'accrescimento dei corsi è necessaria la ricerca di sedi che possono essere costituite da aziende sanitarie pubbliche, sia private, sia da case di riposo, sia da strutture accreditate e non. Il testo è stato reso pubblico circa due mesi fa, è un percorso che vede coinvolta oltre alla Federazione Nazionale anche tutti gli organismi di rappre-

sentanza a diversi livelli, quindi regionali e provinciali; ciò che permetterà alla fine la partenza o meno di questi corsi, dipenderà dalla capacità anche politica di questi organismi professionali oltre che dalla disponibilità ad apprezzare quelli che sono gli elementi che vengono evidenziati nei paesi esteri dove la specialità è già attiva in termini di miglioramento dei risultati professionali anche dal punto di vista infermieristico e quindi in ultima analisi miglioramento dell'obiettivo salute.

Ringrazio e lascio la possibilità di porre domande.

DOMANDA: Lavoro in una sala operatoria e faccio parte delle persone che hanno conseguito una specializzazione dopo il biennio di base; per due anni sono stata retribuita come specializzata, in seguito la mia specializzazione ha perso valore anche economico.

Nel nuovo progetto esiste il corso di specializzazione in ambito operatorio?

RISPOSTA: No. Le aree previste all'interno di questo progetto sono cinque. Il DM 739 prevede comunque che in presenza di evidenti necessità nel contesto sanitario nel futuro si possano attivare altri corsi di formazione. Il problema è in termini strategici, quanto convenga da subito pensare di attivare tanti corsi di formazione specialistica.

DOMANDA: Senza essere provocatorio vorrei chiedere quale sarà il futuro dell'infermiere capo sala.

RISPOSTA: Accennavo al fatto che è in discussione un disegno di legge che prevede l'istituzione della laurea, il quale contempla nelle norme transitorie la riconversione delle attuali scuole dirette ai fini speciali, scuole che rilasciano il titolo di I.I.D. piuttosto che D.A.I. in ordinamento di laurea. Per le scuole di capo sala attualmente non saprei con esattezza cosa rispondere.

RISPOSTA 2 (Piani): Nei giorni scorsi il coordinamento regionale ha incontrato il coordinamento capo sala che è una struttura a cui tanti capo sala sono associati proprio per tutelare gli interessi di questa figura professionale e noi, siamo stati invitati come colleghi. Altri invitati erano le tre organizzazioni sindacali ma non si sono presentate.

Ho portato oltre ai saluti, la posizio-

ne dei singoli Collegi (nell'ultima riunione ognuno di noi aveva espresso qual'era la sua posizione in merito alla richiesta del Consiglio Nazionale rispetto all'accordo ARAN). E' indubbio che chi oggi è capo sala può vivere con timore un passaggio e ciò è legato a tutto ciò che ha presentato ora E. Fumagalli. Io sono convinto, essendo anche capo sala, che la fase che in questo momento la professione sta facendo sia un passaggio in crescita e non debba preoccupare nessuno di noi. Chi oggi è capo sala continuerà a farlo e nessuno lo porterà via da quel posto. Credo che il capo sala sia il primo a richiedere una preparazione ulteriore per i futuri capo sala.

Stiamo passando un cambiamento, cambiamento che è di tutta la società perchè tutte le figure professionali al di là di quelle infermieristiche, hanno modificato tutto il percorso formativo, il fatto che la Federazione Nazionale IPASVI ha presentato un progetto sulla formazione rispetto ad un silenzio che comunque esiste, vuol dire che siamo consci di questo passaggio e lo vogliamo anche gestire. Tutto ciò potrà ulteriormente essere modificato, non tutto spero, ma in parte sì e nel momento in cui si andrà a definire, è la dove incominceremo a lavorare.

Per quanto concerne la Regione Lombardia, noi ci siamo già rivolti e abbiamo incontrato i dirigenti che hanno in mano il problema della formazione, esiste una chiara preoccupazione in regione per quanto riguarda l'emergenza che va riaffrontata con un'ottica diversa, rispetto ad anni fa; si sta riprospettando l'emergenza infermieri; ci sono 300 infermieri in formazione e ne usciranno al massimo 300 quest'anno in tutta la Lombardia; io credo che solo quelli che muoiono di infarto siano altrettanti, visto che i Collegi lombardi rappresentano 47.000 IP per cui bisognerà pensare a una promozione della figura dell'IP e in questo momento bisogna anche sentire forte e ognuno di noi deve spingere forte, perchè questo cultura che deve accompagnare la nostra professione sia proprio sentita dalla base. Io sono figlio di un maniscalco, ha fatto l'IP e il capo sala e mia figlia ora sta facendo la "Bocconi"; sono ben

contento di questo passaggio, e spingo perchè sia così e sono figlio del mondo infermieristico; ho fatto il primo anno del triennio; prima di me c'erano colleghi che finivano e diventavano IP con due anni di corso; dopo di me sono arrivati infermieri che hanno dovuto avere la maturità per poter accedere, ora si parla di diploma universitario. Io credo che dietro a tutto ciò ci sia un cambiamento che deve far parte del nostro bagaglio professionale. Per rispondere alla domanda: non devi aver paura nel momento in cui tu IP AFD sei ad un certo livello. Lo spazio che si apre nella formazione complementare è un'ipotesi di carriera che è diversa anche per le altre figure; non solo gli AFD o i dirigenti possono pensare ora ad una carriera ma si sta pensando seriamente anche ad una carriera nello specifico professionale e questo è l'innovazione. Potremmo avere un infermiere collocato in un certo livello che è lo stesso livello, magari, del C.S. di oggi. E' indubbio che il C.S. avrà funzione di coordinamento, l'altro IP che può essere allo stesso livello sarà un infermiere coordinato dal C.S. di quel reparto ma ha una preparazione specialistica forte che deve essere riconosciuta. Questo è anche il vedere la professione con un'ottica di democrazia e permettere ad ognuno di noi di percorrere una strada che io non andrò a percorrere per quanto concerne il modulo specializzante perchè i miei requisiti si fermano all'assenza di un diploma di maturità per cui io non mi aspetto di dover fare tutto questo percorso (al di là che faccio parte della rottamazione dei cinquantenni) ma sono convinto che il 70% dei miei colleghi ha il requisito di un diploma per cui so che queste persone, soprattutto giovani, hanno la possibilità di andare avanti.

DOMANDA: Vedendo che i moduli presentati sono delle proposte ancora da attivare, mi sembra che ci siano dei contenuti che sembrano un po' una replica rispetto a quello che è proposto nel diploma universitario e quindi la geriatria piuttosto che la psichiatria sono comunque già insegnati nel corso di D.U. Quindi, mi sono chiesta che cosa ci sia di specializzante? Duplici è la domanda: è possibile che si vada incontro ancora alla

famosa "sanatoria"? Questi sono i miei dubbi.

RISPOSTA: Nella esposizione mi sono limitato a presentare la dizione del modulo, poi, per ciò che riguarda i contenuti, i metodi utilizzati, gli ambiti in cui verrà chiesto all'infermiere specializzando di frequentare il tirocinio, sono molto diversi rispetto a quelli che sono invece i corsi tipici di D.U. anche se dalla denominazione del corso ci sono delle analogie.

Basterebbe guardare il contenuto in termini di ore e da solo dovrebbe giustificare un approfondimento ulteriore rispetto a quello che è consentito all'infermiere che si è iscritto al D.U. che ha una panoramica dei diversi aspetti a volte molto superficiale se si pensa che il corso di infermieristica in ambito geriatrico ha una durata in ore rispetto a queste 1600 dello specializzante quasi nulla. Per quello che riguarda il discorso del riconoscimento delle competenze attraverso la certificazione, la formazione specialistica, può essere un elemento favorevole perchè l'infermiere avrebbe una competenza "certificata" dal fatto di aver frequentato certi moduli, in un'ottica di possibilità di carriera orizzontale all'interno dell'ambito clinico.

In ambito europeo e anche italiano c'è in progetto l'accreditamento in senso professionale, quindi un sistema che prevede che un organismo riconosciuto in ambito sociale, come per esempio il Collegio, attraverso delle prove certificative, e prove di valutazione e in termini di frequenza e corsi di aggiornamento e di effettive competenze legate anche all'esperienza, verrebbero valutate da questo organismo consentendo una certificazione di acquisizione di competenze che potrebbero, analogamente alla frequenza dei corsi, avere la stessa ricaduta in termini di riconoscimento economico.

Altri gruppi professionali stanno già affrontando in maniera puntuale il discorso accreditamento in senso professionale; in ambito infermieristico si comincia a parlare, si fa riferimento alle esperienze straniere che hanno portato risultati positivi anche in questi termini, quindi senza la necessità di frequentare dei corsi avere il riconoscimento delle effettive competenze che uno

è in grado di mostrare durante la carriera lavorativa.

Queste competenze, perchè abbiano valore, devono avere un riconoscimento giuridico ed economico.

DOMANDA: Con il nuovo diploma universitario sembrava che la professione infermieristica si fosse differenziata dal vecchio sistema di scuola, invece si parla di parificazione dei diplomi per cui chi sta facendo una scuola universitaria rimane equiparato a chi ha fatto la vecchia scuola, tra cui me, diplomato nel '90. Però, la differenza rimane sempre nel fatto che la persona abbia o no la maturità e quindi l'equiparazione non è completa in tutto l'ambito infermieristico, C'è sempre questa minima differenza. Possono accedere, cioè, ai primi due moduli quelli che non hanno la maturità, nel terzo chi ha la maturità: perchè questa differenza?

RISPOSTA: Farei una precisazione sull'equiparazione dei titoli visto che quando si parla di equiparazione dei titoli in ambito professionale ci si riferisce all'esercizio (i titoli sono equiparati ai fini dell'esercizio; il diploma di IP acquisito con l'ordinamento regionale, ai fini dell'esercizio, è parificato al diploma universitario di infermiere).

Il discorso maturità all'interno di questo progetto va visto anche in termini strategici: se si vuole pensare a un riconoscimento da parte dell'università del titolo di specializzazione, è impensabile non chiedere quello che è il requisito d'accesso stabilito dall'università e sul quale l'università non fa nessuno sconto, nè agli infermieri, nè ad altre categorie. Se noi nel futuro pensiamo di ottenere una forma di riconoscimento del titolo di specializzazione in ambito universitario, dobbiamo adeguarci alle regole del gioco dell'università che prevedono il possesso della maturità.

Questo è stato l'elemento che ha fatto sì che il gruppo che ha lavorato al progetto abbia deciso di mantenere come requisito d'accesso vincolante il possesso della maturità per il modulo specializzante, non è un atto di discriminazione nei confronti di nessuno.

DOMANDA: Ci sono delle differenze sostanziali per chi riceverà questo modulo per competenze, che mi sembra più un "contentino" per i vecchi infermieri, e per chi avrà

invece la specialità, anche perchè mi nasce il pensiero che gli specializzandi dovranno fare un tirocinio e saranno affiancati agli infermieri che da sempre hanno lavorato in quel posto. Probabilmente questi IP si sentiranno un po' privati della loro professionalità nel momento in cui gli altri verranno riconosciuti diversi proprio perchè specializzati.

RISPOSTA: Se col tempo sono spariti i corsi di specializzazione non vuol dire che non c'è più la necessità o non c'è più oggi una specializzazione infermieristica; la differenza è che non c'è più il riconoscimento giuridico ed economico di queste specializzazioni.

DOMANDA: Come entra la formazione complementare all'interno dell'accordo ARAN?

RISPOSTA: questo passaggio sarà importante perchè riguarda chi opera nel SSN e sono la maggior parte degli IP. Sono previste diverse categorie a cui sono collegati diversi riconoscimenti economici, il passaggio da una categoria all'altra non è basato solo sul possesso di un titolo di specializzazione o di formazione complementare.

Uno dei requisiti possibili per il passaggio dalla categoria C1 alla C3, e quindi veder riconosciute anche in termini economici le proprie competenze, potrebbe essere il possesso del titolo ma altre possibilità sono date dal sostenere un colloquio, degli esami, dei tests che verifichino l'effettiva presenza e competenza da parte dell'infermiere che chiede questo passaggio.

Quindi nessuno che chiede questo passaggio è potenzialmente escluso dal compiere la carriera orizzontale nell'ambito clinico al di là del fatto di avere il titolo. Il titolo potrebbe essere un ulteriore elemento di garanzia. Dove sono già attivati i sistemi di accreditamento professionale ci sono degli organismi che rappresentano la professione costituiti da professionisti che sulla base di criteri espliciti valutano il possesso di conoscenze e competenze da parte degli infermieri.

Altre categorie professionali stanno affrontando direttamente questo problema dell'accreditamento e della verifica delle capacità legate ad un riconoscimento formale ed economico.

PROGETTO PROTEZIONE CIVILE CIVES (Ercole Piani)

E' un argomento molto sentito nella professione, se ho avuto la fantasia di pensare questo progetto anni fa, è solo grazie al contributo di altre persone e della Federazione che ha fatto propria questa idea. Devo ringraziare Annalisa Silvestro (segretaria della Federazione Nazionale) che è la presidente del CIVES. E' una donna di grande capacità e concretezza e ci spinge a lavorare con forza. Altra persona da ringraziare è M. Braida (vice presidente del CIVES e direttore generale) che è un capo sala che ha scritto molto sull'emergenza: si deve a lui la nascita del 118.

CIVES nasce dall'emergenza in Valtellina. Io allora ero responsabile del personale (facevo il CSSA) della mia azienda sanitaria e in quella circostanza, in una notte, dovemmo evacuare l'ospedale di Tirano; non fu semplice perchè ci chiesero di organizzare due sezioni di Medicina e Ortopedia in Aprica, per cui due alberghi diventavano due sezioni dell'ospedale, mentre i pazienti più gravi venivano trasferiti verso Sondrio e Sondalo. Quella notte fu importante trovare persone che ci davano una mano e fu la cosa più difficile perchè in una situazione così impegnativa senza risorse umane... Questo perchè in una notte così gli infermieri erano impossibilitati a raggiungere il posto o avevano dei seri problemi a casa loro. Anche la mia casa andò sott'acqua e nel momento in cui raccoglievo le mie cose venivo chiamato in ospedale e non potevo esimersi dall'andare, ma ricordo che fu una notte terribile perchè ero anche preoccupato per mia moglie che avevo lasciato, per mia figlia e per i miei genitori. Il periodo più difficile avvenne circa venti giorni dopo, quando crollò quell'enorme frana vicino a Bormio e in quel momento si dovette pensare alla

perciò non ci fu una catastrofe enorme se non dei grossi disagi: portare queste persone per un lungo periodo negli alpeggi, in montagna, voleva dire dare assistenza e la cittadinanza voleva che ci fossero gli infermieri ad affiancare i volontari. Quando si presentò la stessa situazione nel '94 ad Alessandria e nel Cuneese, io ripensai alla situazione di disagio che avevo vissuto in Valtellina e scrissi in Federazione Nazionale dicendo che mi sembrava che solidarietà poteva anche essere gestire il problema dell'emergenza protezione civile come professionisti. Mi sarebbe piaciuto che ogni Collegio avesse avuto un elenco di infermieri disposti a trasferirsi dove c'era necessità e questo sarebbe già stato una risorsa notevole. Queste persone si sarebbero dovute trasferire dove serviva: la Federazione Nazionale fece proprio questo progetto, e su questo progetto siamo nati come CIVES il 28.05.98.

Parlare di protezione civile oggi vuole dire, al di là delle calamità naturali, parlare anche delle calamità industriali: la protezione civile spesso è chiamata per questo e, in una zona industriale come Como, non va dimenticata (pensate a Seveso anni fa). Sono situazioni di rischio.

C'è una grossa disponibilità di risorse nella 1ª fase, una grande affluenza di materiale, di persone, che comunque arrivano sempre tardi perchè il primo soccorso deve arrivare nelle primissime ore; ci siamo messi anche noi come IPASVI. Non sempre il primo soccorso è qualificato, spesso arriva il materiale molto sofisticato (come elicotteri che volano con a bordo chi non sa erogare prestazioni infermieristiche). Ma bisogna pensare ad un altro aspetto pesante della calamità, quello che noi definiamo

evacuazione di tutto il fondo valle cioè 40.000 persone da spostare. In Valtellina ci furono 25 morti

"assistenza prolungata nel tempo" perchè dietro ad ogni emergenza c'è un rimando nel tempo, una grande richiesta di assistenza.

Nell'ultimo terremoto in centro Italia non fu molta la richiesta della prima fase ma fu enorme la richiesta di assistenza perchè la gente che vive fuori casa, sfrattata, aveva bisogno di assistenza prolungata e qualificata. Spesso nelle emergenze c'è bisogno di infermieri che conoscano le tecniche epidemiologiche, che facciano vaccinazioni di massa; spesso c'è una richiesta di psichiatria sul territorio perchè le persone vivono con disagio; le strutture sanitarie della zona di emergenza sono meno efficienti perchè nel momento in cui c'è maggior necessità e grande affluenza di richiesta sanitaria, quelle che erano le risorse locali sono basse per far fronte all'emergenza che si è prospettata.

Quando noi abbiamo pensato questo progetto di protezione civile il punto di forza è diventato il guardare chi siamo come infermieri e come siamo fatti. Abbiamo pensato di dividere tutta la nostra professione in 18 aree.

Nell'emergenza c'è bisogno di persone che sappiano cos'è l'emergenza e sappiano cosa vuol dire coordinare delle risorse umane. La ricchezza di questo progetto sta nell'aver classificato le 18 aree, nell'aver accettato i volontari dai vari nuclei e tutte queste persone sono registrate in un elaboratore che già esiste a Roma. Per esempio: nell'area tre (emergenza terapia intensiva), ci sono già circa 50 persone che sono inserite in questo gruppo. Qual'ora ci sia bisogno in una situazione particolare, si può sapere che c'è un'infermiera che è abile nella terapia intensiva ospedaliera e che insieme a colleghi di altri collegi andrà a dare una mano perchè il Ministero di Protezione Civile ha chiesto un gruppo di infermieri di area critica. Così per tutte le altre aree: pediatria, di sanità pubblica, chirurgica e sala operatoria, medica, psichiatrica ecc.. Esistono degli ospedali da campo perfetti dal punto di vista strutturale ma carenti sotto l'aspetto del contenuto umano: non ci sono operatori professionali competenti che sanno lavorare. Questa associazione si regge sul volontariato: essere volontari significa lavorare nell'as-

solutamente disinteresse economico.

CIVES sta preparando un libretto di istruzioni per chiarire come si diventa soci. Basta che un IP che sia iscritto all'albo professionale richieda al proprio collegio di far parte del gruppo CIVES e questa persona entra nel gruppo versando una quota che quest'anno è fissata in £ 50.000. I soldi servono anche per l'assicurazione di ogni singolo volontario, abbiamo infatti previsto tre forme di assicurazione:

1 - rischi personali (se un volontario si fa male deve essere assicurato, avrà un rimborso delle spese che sostiene);

2 - rischi professionali (ci assicuriamo come professionisti)

3 - INAIL.

Ogni volontario è precettato: nel momento in cui CIVES chiederà ad un IP di trasferirsi in qualche posto per un mese per una situazione di emergenza, questo avrà comunque uno stipendio e la conservazione del posto di lavoro. La precettazione è possibile per un mese consecutivo ma anche per 90 giorni nell'arco di un anno, per cui si potrebbe essere chiamati in tre periodi per un totale di 90 giorni. Gli organi nazionali dell'associazione sono costituiti dall'assemblea la quale è formata da tutti i referenti provinciali che votano il comitato direttivo nazionale. Il comitato direttivo nazionale è ora costituito da Annalisa Silvestro (presidente), Marco Braidà (vice presidente e direttore generale), Ercole Piani (segretario), Angela Brandi (Firenze), M.Conti (Catania), P.Pateri (Cagliari), Anna Poli (Viterbo). Il comitato di garanzia è garante dell'associazione CIVES, è legato alla professione ed è composto da tre persone: la presidente della Federazione Nazionale Collegi Emma Carli, Cleopatra Ferri che è stata eletta dal Comitato CIVES e un terzo componente non ancora eletto designato dalla Federazione Nazionale. Il Collegio dei revisori è composto da: Rodolfo Cotechini (Roma), M. Schiavon (Gorizia), F.Spatafora (Cosenza). I finanziamenti per la creazione di CIVES sono dati dalle quote associative ed in parte dal Ministero degli esteri (che ha apprezzato la creazione di Cives perchè ha bisogno di professionisti per le missioni umanitarie) ; sono previsti per il

2000, finanziamenti anche dal Ministero degli Interni e dalla protezione civile. Potremo avere diritto a dei lasciti testamentali e a portare avanti sponsorizzazione da parte di industrie, fabbriche ecc. Cives si regge sui nuclei provinciali cioè, per esempio, a Como sorgerà un nucleo provinciale nel momento in cui ci saranno 20 IP di Como che insieme decideranno di entrare in Cives e il Collegio ne sarà a conoscenza. A questo punto si potrà passare alla votazione degli organi del nucleo provinciale che sarà articolato dall'assemblea provinciale. Il Comitato di garanzia provinciale ha il preciso dovere di vigilare su Cives e non di andare a dettare le linee strategiche del nucleo provinciale perchè quest'ultimo ha il preciso dovere di dare indirizzi politici e strategici al gruppo stesso.

Esiste, anche a livello provinciale, un revisore dei conti. Cives ha un'unica P.IVA: tutti gli acquisti saranno gestiti da Cives nazionale e dati in uso al nucleo che ne ha permesso l'acquisto: il 70% degli introiti che ogni gruppo provinciale avrà, resterà nella sede provinciale, il 30% andrà all'organizzazione centrale; i finanziamenti che arriveranno dai Ministeri saranno ripartiti nello stesso modo. In caso di richiesta di intervento i volontari avranno diritto a dei compensi che equivalgono a quelli che sono distribuiti oggi come gettone di presenza, cioè 90.000 al dì nel caso non richiedano compensi per vitto e alloggio, che saranno decurtati fino a 30.000 nel caso in cui l'infermiere chieda spese di vitto e alloggio.

Arriveranno a breve nei collegi le linee guida omogenee per tutto il territorio nazionale. Noi crediamo che questo gruppo darà grossi contributi ai collegi. E' una risorsa per i collegi perchè le persone che decideranno di mettersi insieme e avventurarsi in questo percorso saranno persone che potranno spostare la bilancia del potere, saranno cioè persone che andranno in un collegio a votare.

DOMANDA: Quando si entra a far

parte di un tale gruppo, ciascuno sceglie l'area, nella quale vuole rendersi disponibile: generalmente è l'area nella quale lavora?

RISPOSTA: La persona che intende diventare socio Cives lo comunica al Collegio provinciale che a sua volta manda la richiesta alla segreteria generale (che ha sede a Firenze) e da quel momento l'IP riceverà la tessera di benvenuto in Cives e socio Cives con allegate le linee guida e con la possibilità di diventare socio accreditato operativo rispedendo l'allegato alla segreteria di Firenze. In questo caso l'IP dovrà specificare la propria storia lavorativa e l'area nella quale intende essere accreditato dichiarando di essere infermiere di quell'area. Il garante del Collegio confermerà che quell'infermiere potrà lavorare in quell'area. In seguito si sta pensando a formare degli accreditatori, per esempio sarà un IP di Sondrio ad accreditare le persone che avranno fatto richiesta del Collegio di Como; questo per evitare problemi personali nei giudizi. In questo caso l'accreditatore sarà una persona al di sopra delle parti ci saranno dei criteri definiti. Le persone chiamate per l'urgenza lavoreranno

8 ore al giorno e saranno sostituiti dopo una settimana da altre persone accreditate in quello specifico professionale. E' indubbio che le richieste più qualificate, cioè quelle dell'area critica, andranno scemando nel tempo



perchè sicuramente gli assistiti o decedono o si salvano e vanno verso altre aree. Questo per far capire che Cives non è fatto solo da IP dell'area critica ma è fatto soprattutto da IP di medicina, chirurgia, ortopedia salute mentale, pediatria ecc. Le persone che decideranno di far parte di Cives hanno un compito difficile cioè quello di identificare una persona che sia un leader che sappia essere trascinante, che sappia essere motivante, che sappia tenere il gruppo. Quella persona dovrà avere delle fantasie per acquisire soldi e finanziamenti (per esempio gestendo un corso

sull'emergenza, gestendo la legge 626/94 negli ospedali, ecc.).

DOMANDA: Varie volte ho chiesto notizie sul Cives e mi è sempre stato risposto che mi avrebbero fatto sapere.

RISPOSTA: Anche noi come collegio di Como stiamo aspettando le linee guida che pubblicheremo sul notiziario insieme alla scheda di adesione al nucleo provinciale Cives, con già identificate le aree di competenza.

DOMANDA: A chi si fa riferimento quando si è mandati in un luogo per emergenza?

RISPOSTA: L'emergenza sanitaria protezione civile scatta con un'ordinanza nazionale, la prefettura della zona interessata richiederà al Ministero degli Interni l'attivazione dello stato di calamità. Cives viene subito informato, in modo particolare il direttore generale che contatterà il referente di protezione civile che sarà chiamato ad intervenire. Nel momento in cui tutti i volontari sono chiamati risultano precettati cioè non dovranno neppure avvisare il datore di lavoro perché sarà Cives a farlo. Dove esiste il servizio 118 che è la struttura organizzativa della protezione civile, sarà quest'ultimo, dietro la disposizione della Prefettura, a gestire una maxi emergenza oppure sarà la protezione civile locale che allenterà tutte le situazioni di emergenza, i cosiddetti COM (comandi di nuclei operativi). Il capo servizio dell'ospedale chiederà alla prefettura di quanti IP avrà bisogno per l'emergenza e sarà poi la prefettura ad organizzare con Cives la richiesta. Quando l'IP è chiamato, saprà già dove andare ed in quanto tempo arrivare; l'accreditamento suddividerà i volontari in tre fasce: A B C, a seconda dell'efficienza fisica e della singola possibilità di andare nell'immediato sul posto della calamità.

DOMANDA: Non ci sono differenze tra sesso femminile e maschile?

RISPOSTA: NO. Questa è ancora una professione femminile. La percentuale di donne è elevata. Il fatto che A. Silvestro sia la presidente inorgoglisce perché è donna. Noi uomini infermieri dobbiamo copiare tante cose da voi, soprattutto nell'emergenza c'è bisogno non solo di supeman. Cives non deve essere identificata come è la protezione

civile cioè persone dinamiche, super accessoriate che sanno agire con velocità strepitosa e che sanno tutto dell'emergenza; anche noi sappiamo tutto sull'emergenza ma c'è bisogno di persone anche dopo l'emergenza, c'è bisogno di persone che vogliono vivere questa avventura, che decidono insieme in assoluto disinteresse di impegnarsi. Servono infermiere di fascia A, di fascia B, di fascia C; infermieri che hanno deciso di fare protezione civile, che magari non saranno mai operativi ma che sanno sostenere un gruppo e dargli vitalità.

L'infermiere, con il DPR 225, si trova a rispondere della mansione che porta avanti. Per esempio, nell'art.2: "attribuzioni

attuazione". Prevede che l'IP non operi in completa autonomia ma presenti poi la programmazione del proprio lavoro ai superiori per la relativa approvazione. Tutto sommato si concilia con la normativa vigente all'epoca: la legge 132/68, i decreti delegati cioè i DPR 128-129-130 identificano la scala gerarchica: l'IP dipende gerarchicamente dalla Capo Sala e quest'ultima dal responsabile del Servizio e/o dall'Unità Operativa (primario).

Quindi, se è chiara la dipendenza del personale infermieristico, lo è un po' meno per la C.S. e questo forse ha vincolato ed influenzato l'elencazione delle mansioni. In realtà l'articolo 1 continua con tutte quelle attività dove si evince chiaramente una responsabilità diretta,

anche in termini penali, di una figura di coordinamento.

L'ultimo capoverso dell'articolo

ABROGAZIONE DEL MANSIONARIO (Barbara Mangiacavalli)

assistenziali dirette ed indirette dell'IP", troviamo, fra le funzioni e mansioni, l'assistenza completa all'infermo, la somministrazione dei medicinali, la sorveglianza nelle diete, l'assistenza al medico, il rilevamento di alcune condizioni, la disinfezione e sterilizzazione di materiale; quindi un mero elenco di attività che l'IP è autorizzato a svolgere. L'assistenza completa all'infermo, in realtà, è tutta l'assistenza infermieristica e forse gli Infermieri Professionali non hanno bisogno di vederla scritta in una normativa; non solo, ma si perde la parte di pianificazione e programmazione del lavoro così come la parte di valutazione: la normativa elenca semplicemente il compito che l'IP è autorizzato a fare, elenca la parte materiale del lavoro.

L'articolo 1, dove si identificano le attribuzioni di carattere organizzativo ed amministrativo, dà un chiaro messaggio di IP prettamente esecutivo. Nell'articolo è scritto: "Programmazione di propri piani di lavoro e di quelli del personale alle proprie dipendenze, loro presentazione ai superiori e successiva

1, sulle attribuzioni organizzative, dice proprio: "gli IP sono tenuti a partecipare alle riunioni periodiche di gruppo e alle ricerche sulle tecniche e sui tempi di assistenza, a promuovere tutte le iniziative di competenza, ad eseguire ogni altro compito inerente alle loro funzioni"; come dire che devono eseguire qualunque altra cosa venga loro richiesta. In realtà non viene bene identificato un ambito di responsabilità in cui l'IP si trova a poter rispondere. Vuol dire che, se l'IP è comandato ad eseguire qualsiasi altra attività, la norma lo prevede, non è chiaro, però, con quali margini di responsabilità.

L'articolo 2 parla delle attribuzioni assistenziali. Sono forse le più note e sono i famosi compiti che l'infermiere può eseguire sotto prescrizione del medico. Nel corso degli anni, poi, si sono rese necessarie, da parte del Ministero della Sanità, delle precisazioni: per esempio, che cosa si intendesse per "sotto controllo medico e sotto prescrizione del medico". Quindi, il Ministero della Sanità, nel 1986, aveva specificato che la somministrazione di

L'abrogazione del mansionario è un tema ormai ricorrente da anni nella professione perchè è un documento del '74, quindi molto vecchio. È un tema sul quale non si pensa di essere arrivati alla parola fine; in realtà è sempre qualcosa che sfiora. Perchè un documento con l'elencazione di mansioni continui aggiornamenti? Perchè comunque dal '74 in avanti, a parte il problema della somministrazione di flebotomie ed endovenose e dell'esecuzione di prelievi venosi, in realtà è stato un susseguirsi di problemi, anche giuridici, dove da più parti si sono rese necessarie delle risposte. Queste risposte sono arrivate con degli atti normativi, quali: la Legge 4.05.1990 n. 107 che prevede l'esecuzione, sotto la responsabilità del medico, del prelievo di sangue intero per le donazioni, quindi una deroga per i centri trasfusionali e

The logo of the Italian Society of Rheumatology (SIR) is a stylized, blue, four-lobed emblem. Each lobe contains a white, swirling, flame-like or smoke-like pattern that flows from the center towards the outer edges. The overall shape is reminiscent of a four-petaled flower or a stylized cross with rounded, decorative ends.

Il mansionario, in questo momento, non risponde all'attuale contesto sanitario, esso prevede una logica restrittiva e rigida, è un'evoluzione di un documento del 2014 andato

entire
anche
nde in p
po psichi

fleboclisi e endovenose poteva avvenire in ambiente ospedaliero con l'indicazione in cartella del dosaggio e della prescrizione medica fatta alla persona, i potenziali effetti collaterali, le precauzioni che potevano essere eventualmente prese in presenza di effetti collaterali: già quindi una serie di problemi sollevati, esterni però alla professione. Il problema principale sorto da parte dei medici era quello di abuso della professione medica da parte degli IP, per cui il Ministero della Sanità aveva ritenuto necessario proporre queste specificazioni che furono divulgate a tutti i Collegi (questo nella metà degli anni '80). Attraverso la Federazione Nazionale iniziò quindi un lavoro di analisi dell'attuale mansionario per farlo più rispondente alle esigenze sociali e allo sviluppo tecnologico e scientifico che si stava verificando nella sanità. Il problema principale era capire se davvero gli IP volevano un elenco di mansioni o se avevano bisogno di qualcosa di più globale e, dalla metà degli anni '80, si è lavorato sull'essenza identificata di questo problema.

L'abrogazione del mansionario è un tema ormai ricorrente da anni nella professione perchè è un documento del '74, quindi molto vecchio, ed è un tema sul quale molto spesso si pensa di essere arrivati a mettere la parola fine; in realtà, poi, c'è sempre qualcosa che sfugge. Perchè un documento che è un'elencazione di mansioni richiede continui aggiornamenti?

Perchè comunque dal '74 in avanti, a parte il problema della somministrazione di fleboclisi ed endovene e dell'esecuzione di prelievi venosi, in realtà è stato un susseguirsi di problemi, anche giuridici, dove da più parti si sono rese necessarie delle risposte. Queste risposte sono arrivate con degli atti normativi, quali: la Legge 4.05.1990 n. 107 che prevede l'esecuzione, sotto la responsabilità del medico, del prelievo di sangue intero per le donazioni, quindi una deroga per i centri trasfusionali e i

servizi di immunoematologia; la legge n.135 del 05.06.1990, che è il progetto globale sull'assistenza ai pazienti con AIDS, prevede l'esecuzione a domicilio di terapia infusiva: cioè il personale che lavora a domicilio e che assiste i pazienti con AIDS è autorizzato ad applicare terapia infusiva. Un'altra deroga è il DM 19.12.1990 n.445 che prevede la somministrazione di farmaci sostitutivi, sotto direzione del medico con delega scritta nell'assistenza anche domiciliare ai pazienti tossicodipendenti. Il DPR 27.03.1992 è un altro documento famoso sul servizio di emergenza e urgenza 118, che prevede che gli IP che operano in tale servizio sono autorizzati a praticare endovene, fleboclisi e ogni altra manovra tesa a salvaguardare le funzioni vitali secondo protocolli definiti dal medico responsabile. Prevede che a monte ci sia comunque una stesura di un protocollo scritto da parte del medico, questo allarga lo spazio di autonomia e discrezionalità del personale infermieristico che opera in queste strutture. Questi sono solo i principali elementi normativi che hanno derogato in parte alcune attività previste per il personale infermieristico, sono però già significativi del fatto che un documento

come il DPR 225 sia ormai sorpassato o per lo meno non più al passo con lo sviluppo tecnologico e scientifico. Se dovessimo fare un'analisi un po' più dettagliata di quello che possiamo fare da mansionario, si bloccherebbero una serie di attività, come, per esempio, l'assistenza infermieristica domiciliare ai pazienti cronici, terminali e anziani, a parte alcune deroghe previste come quelle per i pazienti tossicodipendenti, affetti da AIDS; in realtà non c'è nessuna altra autorizzazione prevista dal punto di vista normati-

vo e giuridico, però, gli infermieri del servizio ADI lo fanno, spesso con protocolli scritti dal responsabile del servizio; cose quindi che consentono di non bloccare l'assistenza infermieristica a questi utenti. Alcune procedure diagnostiche e terapeutiche nelle RSA (residenze sanitarie ed assistenziali per anziani), dove il medico non è presente 24 ore su 24, spesso si ricorre al consulto telefonico e alle terapie per telefono senza tutela per l'IP perchè nulla compare nel documento clinico.

I servizi di dialisi e di area critica, se dovessimo applicare alla lettera il mansionario, cesserebbero perchè alcune attività più specialistiche previste dal DPR 225 possono essere fatte solo sotto stretto controllo medico.

Il mansionario, in questo momento, non risponde all'attuale contesto sanitario, esso prevede una logica restrittiva e rigida, è un'evoluzione di un documento del 1940 che andava ad identificare ciò che l'infermiere poteva o non poteva fare. Nel '74 è stato solo aggiornato con lo sviluppo tecnologico di allora.

Il contesto sanitario di oggi è basato sull'elasticità e la flessibilità, contesto basato su uno sviluppo di carriera e su una acquisizione di competenze e conoscenze che siano utili per le esigenze sanitarie della popolazione, giustificate dalla necessità di avere acquisito determinate conoscenze e competenze. Rimane l'assistenza infermieristica ma tutto il corollario delle tecniche necessariamente si deve adeguare anche alle esigenze della società. Diventa quindi evidente come l'attuale documento sia incompleto e anacronistico per l'entità e per il tipo di mansioni che gli IP sono autorizzati a svolgere.

Altra riflessione che viene riguardando queste deroghe normative, è che i provvedimenti normativi che sono stati portati avanti senza una metodologia uniforme, in realtà sono nati da situazioni contingenti. Questi provvedimenti nati sulla spinta di situazioni del momento rischiano di vincolare la scelta di soluzioni globali perchè sembra sia sufficiente una legge che deroghi



l'attività per andare avanti. Altra considerazione è che comunque una semplice elencazione di attività che gli IP sono autorizzati a svolgere richiede continui aggiornamenti. Da un lavoro che era stato fatto da un gruppo di studio negli anni '80, era uscito un documento di circa 40 pagine che era un ampliamento del mansionario. Questo documento non avrebbe comunque consentito lo sviluppo della professione in quanto non orientato alla logica di esecutore perchè anzichè essere un documento di due fogli come il DPR 225 lo era di quaranta ma, in realtà, erano state elencate tutte le attività, tutte le funzioni, tutte le azioni infermieristiche, ma anche queste soggette a continua revisione se non si voleva, dopo uno o due anni, o comunque dopo l'introduzione di una nuova tecnica, un altro documento che non rispondeva più a esigenze sociali oltre che non salvaguardare più la professione infermieristica.

Come nasce il discorso di superamento del mansionario?

Propongo un inquadramento normativo che non è comunque esaustivo. I punti

salienti
che
posso-
no con-
tribuire a
orientare
l'esercizio
professionale nel
momento in
cui viene a
cadere il
DPR 225/74
sono diversi.

Il primo aspetto che consente di tracciare alcuni paletti dell'esercizio professionale è il

Decreto Ministeriale n.739/94: profilo professionale dell'IP. Dice: "L'infermiere è responsabile dell'assistenza generale infermieristica, partecipa ai bisogni di salute, identifica i bisogni di assistenza infermieristica, pianifica gestisce e valuta l'intervento infermieristico, garantisce l'applicazione delle prescrizioni". C'è differenza nel linguaggio rispetto al DPR 225/74: dove alcuni termini non comparivano nemme-

no, qui compare responsabilità, compare il "farsi carico" con le proprie conoscenze e competenze di un qualcosa che è l'intervento infermieristico dalla fase di programmazione alla valutazione e consente all'infermiere di essere l'attore principale nella identificazione dei bisogni di assistenza infermieristica.

Il DM 739 traccia anche gli ambiti di formazione complementare previsti anche in base allo stato sociale e sanitario del paese per cui gli ambiti sono stati stabiliti anche in base a statistiche sull'evoluzione della situazione sanitaria della popolazione. Il profilo è andato ad identificare le funzioni dell'IP, in realtà l'art. 1 ci dice chi è l'infermiere e che cosa fa. Quindi utilizzando la metodologia del processo di assistenza viene declinata tutta l'assistenza infermieristica in poche righe che riassumono l'essenza del nostro lavoro che era quello che nell'art. 2 del vecchio mansionario viene definita come assistenza completa all'infermo. Abbiamo poi i Decreti Legislativi 502 e

517 che sono andati a riformare la sanità.

L'art. 6 del DL 502 prevedeva la formazione universitaria per cui in base ad altre nor-

mative universitarie che hanno riformato gli ordinamenti siamo arrivati nel '91 ad avere il primo ordinamento didattico per il corso di Diploma Universitario in Scienze Infermieristiche (tabella 39 TER) per arrivare poi, nel '96, ad avere l'altro ordinamento didattico che è la tabella 18 TER tutt'ora in vigore.

Si inizia a delineare un percorso formativo dell'IP con acquisizione di conoscenze e di capacità che consentano poi di prendersi le responsabilità dell'intervento infermieristico, cosa che gli infermieri hanno

sempre avuto chiara ma che il mansionario non concedeva.

Il DDL 4216 è noto: "Disposizioni in materia di professione sanitaria" ma noto soprattutto perchè prevede l'abolizione del DPR 225 del 1974. Attualmente questo disegno di legge è stato approvato dal Senato in data 1/10, è stato trasmesso alla 12° Commissione permanente Affari Sociali della Camera ed è tutt'ora lì per la discussione.

Il disegno di legge 4980, approvato dal Senato nel giugno di quest'anno, è passato alla Commissione Affari Sociali della Camera per l'approvazione: "Disciplina delle professioni sanitarie e infermieristiche e tecniche della realizzazione ostetrica....ecc.", è un DL che prevede sostanzialmente l'istituzione del corso di laurea per queste discipline e la revisione dei ruoli dirigenziali nella sanità. E' un punto di riflessione perchè l'articolo 1, che va ad identificare il campo di attività dell'IP, cita queste parole: "Autonomia professionale rispettando le funzioni individuate dai profili e dai codici deontologici".

Altro elemento è il Codice Deontologico: l'IP nell'esercizio professionale si attiene anche agli indirizzi deontologici della propria professione. A questo proposito la Federazione Nazionale dei Collegi sta anche lavorando sulla revisione del codice deontologico; entro il prossimo anno sarà pronto il nuovo documento che deve andare a sostituire il codice deontologico attualmente in vigore, datato 1977, perchè non rispondente più a tutte le problematiche che stanno nascendo nel mondo sanitario. Ne sono un esempio il consenso informato o problemi come l'eutanasia e l'accanimento terapeutico che non sono trattati nel nostro codice deontologico.

Si arriva poi a quel documento che è stato presentato nel mese di ottobre. Esso da una parte va ad abrogare il mansionario, dall'altra a ridefinire alcune linee guida per la professione. Il documento è chiamato "Regolamento concernente il campo di attività professionale dell'infermiere". E' un documento portato avanti con un gruppo di studio del Ministero della Sanità, dipartimento professioni sanitarie, e dalla Federazione Nazionale; attualmente è stato visionato dal Ministero



della sanità ed è stato inviato al Consiglio di stato per l'estensione del parere. Secondo molti si tratta di una proforma per cui sostanzialmente nel 98% dei casi siamo senza mansionario. Dopo l'espressione del parere del Consiglio di Stato diventa esecutivo. Alcuni passaggi salienti di questo documento: nella premessa vengono definite "superate" le disposizioni del DPR 225/74. Altro passaggio chiave è che viene riconosciuta l'esigenza di ridefinire il campo dell'attività infermieristica.

Nell'articolo 1 si definisce cos'è l'assistenza infermieristica e chi è l'infermiere: la fonte è molto chiara e la definizione è stata presa letteralmente da Virginia Henderson.

Nel secondo punto viene definito l'obiettivo primario dell'assistenza infermieristica con la funzione propria dell'infermiere. Il terzo punto dice chi è l'IP: "professionista sanitario con riconosciuta la competenza, la responsabilità dell'assistenza infermieristica". Il quarto punto identifica un passaggio fondamentale perché dice: "le funzioni assistenziali restano costanti, ciò che cambia è il contenuto specifico che si modifica in base all'evoluzione del bisogno di cure sanitarie, al progresso delle conoscenze scientifiche e tecnologiche e alle trasformazioni sociali ed economiche". Quindi, mentre rimane costante l'essenza dell'assistenza infermieristica, quello che si può modificare è l'aspetto tecnico e tecnologico della professione infermieristica, il fatto di non andare a dettagliarlo ci toglie dall'empasse di non essere giuridicamente autorizzati a svolgere determinate attività. L'articolo 2 ci traccia la finalità dell'assistenza infermieristica. Il punto F: "assumere le responsabilità professionali in rapporto all'evoluzione dell'apprendimento e dell'esperienza professionale", quindi tutto un documento in cui la parola chiave è l'assunzione di responsabilità oltre ad un processo decisionale più chiaro, l'infermiere si trova a prendere decisioni sulla pianificazione infermieristica. Sarà il documento che riguarderà l'esercizio dal giorno successivo l'abrogazione del mansionario.

L'articolo 3 identifica l'ambito dell'esercizio professionale, quello che emerge come percorso teorico è

abbastanza chiaro. Il primo punto dice che l'assistenza infermieristica richiede l'applicazione delle conoscenze della disciplina infermieristica, dunque viene anche riconosciuto che sopra il "fare" infermieristico c'è un qualcosa che sono le conoscenze che ognuno di noi ha acquisito nel percorso formativo.

Il secondo punto dice che l'infermiere identifica i bisogni di assistenza infermieristica e risponde a questi con l'acquisizione, sempre nel percorso formativo, di "modus operandi", di un procedimento teorico-mentale che è il processo di assistenza infermieristica. Inoltre si evince che l'infermiere partecipa alle attività multidisciplinari e che l'infermiere deve mettere in gioco la propria competenza. In questa équipe ogni professionista deve avere comunque una buona preparazione del proprio ambito specifico ma deve anche avere una consapevolezza del proprio ruolo quando si mette a confronto con altre discipline, per esempio équipe di cure palliative, di salute mentale.

L'articolo 5 riguarda gli ambiti di pratica professionale, quindi è l'articolo che va a dettagliare

che cosa può fare l'infermiere e come. Si rifà, però, al DM 739/94. Infatti il profilo dice che "l'assistenza infermie-

ristica si

realizza

attraverso

interventi preven-

tivi, riabilitativi, palliativi, curativi di natura tecnica, relazionale ed educativa svolte in strutture sanitarie e a domicilio, in regime di dipendenza o libero professionale, rivolta a cittadini ammalati o sani". In realtà va a definire a 360 gradi l'ambito operativo dell'IP.

Il mansionario aveva una logica ospedaliera, l'IP che opera come libero professionista o a domicilio non lo si trova perché comunque non è autorizzato a fare nessuna attività. Con questo nuovo documento si toglie comunque il vincolo della struttura ospedaliera che

sembrava quella garante della professionalità dell'IP: l'IP poteva operare solo in ospedale dove il medico era presente 24 ore su 24.

Il punto 3 è interessante: "prescrizione o somministrazione o applicazione di dispositivi medici, prodotti sanitari e farmaci, prescrizione o somministrazione nell'ambito della propria competenza"; con decreto del Ministro della Sanità, sentito il Consiglio Superiore di Sanità sono individuati i dispositivi medici, prodotti sanitari e farmaci che possono essere prescritti e somministrati direttamente. Quindi questo comma rimanda ad un ulteriore documento che il Ministro della Sanità dovrà preparare e che conterrà un elenco di prodotti che l'IP autonomamente potrà somministrare. Il termine di paragone che è stato preso è quello della professione ostetrica (le ostetriche hanno facoltà, durante l'assistenza al travaglio di un parto fisiologico, di prescrivere e somministrare farmaci senza chiedere l'autorizzazione al medico). Il punto C: "la somministrazione dei medicinali previsti dai medici chirurghi ed odontoiatri per pazienti di tutte le età attraverso le diverse vie di somministrazione". Anche qui non esiste più un altro problema che era quello, ad esempio, di somministrare fleboclisi a casa del paziente o sul territorio.

Un atto giuridico e normativo che va a sancire la possibilità di praticare fleboclisi ed endovene in ambiente che non è solo quello ospedaliero. Il punto 6 è sulla riabilitazione e sul reinserimento sociale e prevede tutte quelle attività dove viene identificato un ruolo infermieristico anche nella riabilitazione e si intende in particolar modo quella di tipo psichiatrico o geriatrico o anche di altra natura difficilmente in area ospedaliera, come il recupero di pazienti ex tossicodipendenti.

L'articolo 6 ci consente di giustificare anche normativamente la ricerca infermieristica utile per perfezionare l'esercizio e lo sviluppo dell'assistenza infermieristica.

L'articolo 7 traccia alcuni paletti riguardanti l'organizzazione: "l'IP garantisce la continuità assistenziale". Questo riguarda la dimissione dall'ospedale e la trasmissione di informazioni infermieristiche al servizio domiciliare. "L'IP si adopera di conseguenza per la realizzazione



di modalità organizzative assistenziali che facilitino il perseguimento di tale continuità. L'IP concorre al processo di accreditamento professionale della struttura in cui è inserito e collabora alla stesura, all'aggiornamento e alla diffusione di linee guida o protocolli". In Regione Lombardia la delibera regionale è tutta orientata al processo di accreditamento, quindi entro il limite di 300 giorni le strutture pubbliche si devono dotare dei requisiti previsti per essere accreditate. Nei criteri di accreditamento ci sono anche quelli per il personale infermieristico per cui viene anche chiesto all'IP di mettersi in gioco con le proprie competenze su questo percorso. L'altro aspetto è quello della diffusione di linee guida che sono documenti più elastici nella gestione rispetto all'uso di protocolli.

"L'infermiere nel proprio ambito di competenza è responsabile della gestione delle risorse. Quando l'IP si avvale di operatori di supporto deve costantemente e preventivamente verificare il livello di competenza di tali figure, discernere attentamente se e quali mansioni assegnare e garantire adeguate e sistematiche supervisioni su quanto è in via di effettuazione mantenendo comunque una responsabilità sui risultati". E' un altro punto fondamentale che ci fa uscire da un altro impasse che è quello di che cosa può fare l'OTA o l'ASA nelle RSA. "Salvo quanto previsto dai provvedimenti di individuazione dei relativi profili professionali, gli operatori di supporto possono essere utilizzati unicamente per prestare un'assistenza sovrapponibile a quello di tipo parentale". In realtà in due punti è ben delineato che cos'è il campo infermieristico, che cos'è l'assistenza infermieristica, chi sono gli unici responsabili dell'assistenza infermieristica che sono gli IP abilitati all'esercizio perché hanno la conoscenza e la competenza per assumersi la responsabilità di ciò che decidono e anche la responsabilità degli operatori che con loro collaborano. "L'IP partecipa alle azioni di soccorso, di emergenza sanitaria, di protezione civile e di aiuti umanitari".

L'articolo 8: "l'IP mantiene costantemente aggiornate le proprie competenze": Non possiamo pensare una volta preso il diploma, di resta-

re competenti considerando che lo sviluppo scientifico e tecnologico fa passi da gigante. "La funzione di docenza che ha l'obiettivo di formare i professionisti infermieri e di collaborare alla formazione di altri professionisti sanitari comprende le attività relative al processo di insegnamento-apprendimento.

Attraverso la formazione complementare permanente l'IP contribuisce al miglioramento delle proprie conoscenze umane, sociali, scientifiche, tecnologiche". Questo articolo richiama un'altra responsabilità degli IP che è quella di formare gli infermieri; forse per troppo tempo gli IP sono stati formati dai medici, per cui è un altro articolo che consente agli infermieri di riappropriarsi di un proprio ambito che è quello formativo.

L'articolo 9 è sull'urgenza, altro passaggio chiave: "In caso di assenza del medico l'IP è abilitato, qual'ora rilevi una situazione come urgente, a mettere in atto i protocolli di cure urgenti, anche non di competenza infermieristica, stabiliti preventivamente dal medico responsabile". Qui ritroviamo palese un richiamo e un'integrazione di quanto previsto dal DPR del '92 sul servizio sanitario urgenza-emergenza. "Salvo quanto previsto dal comma 1, allorché la situazione d'urgenza lo imponga, l'IP decide ed attua gli interventi ritenuti necessari".

Questo documento è ad un passo dal parere del Consiglio di Stato e poi diventa un Decreto del Presidente della Repubblica per cui abbiamo tempo 3 mesi e poi come professione ci dobbiamo assumere oneri e onori che ne derivano.

L'articolo 10: "A partire da 90 giorni dopo l'entrata in vigore del presente regolamento sono abrogati gli articoli 1-2-3 e 4 del DPR 14.03.74 n. 225". Il DPR 225 è fatto di 6 articoli, vengono abrogati l'1 e il 2 che sono sostanzialmente le attribuzioni di carattere organizzativo e quelle assistenziali degli IP, l'art.3 sull'infermiere professionale specializzato e l'art.4 sulle vigilatrici d'infanzia. Restano in vigore gli articoli che vanno a definire le mansioni dell'assistente sanitario e degli infermieri generici anche se quest'ultima è una figura ad esaurimento perché nel 1980 sono state chiuse le scuole di formazione.

E' un provvedimento che va a ridi-

segnare l'esercizio dentro alcuni paletti che sono: la formazione di base, permanente e complementare; il codice deontologico, l'accREDITAMENTO, la responsabilità professionale e l'autonomia come garanzia di un'assistenza infermieristica di qualità, di responsabilità sui risultati e di applicazione di un processo decisionale. L'IP non si trova a fare un intervento infermieristico deciso da altri ma si trova lui stesso a pianificare e a valutare gli esiti.

Probabilmente dobbiamo cambiare un po' la logica per entrare nello spirito di questo documento; ci è richiesto di metterci in gioco e di acquisire la responsabilità del nostro ruolo e delle nostre conoscenze. Proviamo come IP, ad abbandonare "la coperta di Linus" data dal mansionario perché l'abbiamo tutti sottovalutata male perché ci stava stretto, però spesso ci ha tolto dagli impicci. Dimostriamo e contrattiamo il nostro campo di attività sul piano della competenza e non da una legge che ci portiamo in tasca che ci dice cosa possiamo fare e cosa non possiamo fare.

Come riflessione finale propongo alcuni spunti che possono essere utili per confrontarsi su un esercizio professionale senza mansionario: la modificazione del codice deontologico non più rispondente alle istanze sociali e sanitarie del paese, il potenziamento dei sistemi di accreditamento (non solo accreditamento formale come l'abilitazione di stato ma dove ci siano requisiti sul mantenimento delle conoscenze e competenze), la diffusione di linee guida scientificamente validate da gruppi di esperti anche internazionali, lo sviluppo di un sistema di formazione permanente e post-base continuo (il DPR 761 prevedeva un corso di aggiornamento ogni 5 anni).

E' un documento che apre ampi spazi per la nostra professione e ha ridisegnato l'ambito dell'esercizio partendo dal presupposto che l'IP è un professionista quindi con la stessa dignità degli altri professionisti della sanità e che è pronto a prendersi le responsabilità che derivano dall'esercizio delle proprie funzioni. Quindi quando io infermiere entro in contatto con una persona, so come infermiere di che cosa quella persona ha bisogno dal punto di vista infermieristico; è

finalmente una norma che dice che io posso pianificare l'intervento e devo anche arrivare a valutare che cosa ha prodotto il mio intervento.

Nell'art. 5 è scritto che l'IP mette al centro del proprio intervento la persona assistita. E' un documento che racchiude 30 anni di storia infermieristica e racchiude una miriade di documenti normativi che sono andati a ridefinire quello che dovevamo fare e che apre spazi per il futuro. Dobbiamo dimostrare che siamo in grado di lavorare con un documento che non ci dice cosa dobbiamo e non dobbiamo fare e che non ci dice "sotto controllo e prescrizione medica". Sta a noi abbandonare quella "coperta di Linus" che è il mansionario, alla quale siamo tutti legati, molti di noi sono abituati a negoziare con la parte medica solo su un piano normativo, ora dovranno negoziare sul piano della competenza posseduta. **DOMANDA:** L'abrogazione del mansionario non ci lascia un po' scoperti di fronte a questa libertà che ci viene data?

RISPOSTA: La responsabilità dal punto di vista penale è sempre personale per cui se sbagliamo qualcosa ne rispondiamo noi in prima persona.

L'infermiere che lavora in

area critica si trova nel 99% dei casi a mettere in atto una serie di interventi, anche a decidere, su attività non previste dal mansionario.

Quindi forse la situazione è più rischiosa ora perchè se un Procuratore legge il DPR 225 e chiede all'IP perchè ha fatto una determinata cosa al paziente, senza il mansionario resta il discorso di agire secondo scienza e coscienza, quindi io non solo sono in grado di fare ma sono anche in grado di dire che non sono in grado di fare. Non sono in grado di fare o per un problema mio conoscitivo o per un problema di esperienza mancata ma ne rispondo in termini che probabilmente andrò ad informarmi ed aggiornarmi.

E' chiaro un discorso di responsabilizzazione individuale, abbiamo con il mansionario un documento che ci protegge ma ci vincola ancora di più perchè corrono più rischi gli IP che operano fuori dal mansionario, in presenza di un documento come il mansionario, che non in futuro quando ci troveremo ad operare senza il DPR 225 ma secondo quello che riteniamo di valere o secondo quello che abbiamo acquisito come conoscenze e competen-

ze.

I problemi nascono sulle procedure diagnostiche e terapeutiche, nascono su tutti quegli aspetti dove c'è una condivisione di responsabilità medico/infermieristica perchè nessuno di noi ha dubbi su come fare assistenza infermieristica; i dubbi nascono sulle procedure diagnostiche e terapeutiche dove attualmente abbiamo la prescrizione del medico e l'esecuzione dell'IP, nella valutazione degli esiti l'infermiere risponde solo di come ha eseguito. Questo documento ci dice solo che se sei capace lo fai, ti prendi la responsabilità di quello che fai e ti prendi la responsabilità di dire che non sei capace. E' un discorso che ci chiede di cambiare completamente la logica nostra attuale di riflessione dell'esercizio professionale, non partiamo dal presupposto che qualcun altro ci deve dire cosa fare, partiamo dal verificare con noi stessi che cosa noi stessi siamo capaci di fare e fin dove possiamo rispondere.

Partiamo dal presupposto che noi come professionisti sappiamo che cosa siamo in grado di fare secondo il nostro percorso formativo e di esperienza, secondo le competenze acquisite dal punto di vista teorico e pratico.

CIVES

Il progetto continua

di Carlo Achler

Eccoci giunti alla seconda parte del progetto CIVES (Coordinamento Infermieri Volontari Emergenza Sanitaria).

Come precedentemente detto l'Associazione è stata costituita a tutti gli effetti e ad oggi siamo a conoscenza che è aperto l'accREDITAMENTO dei soci ordinari e dei soci operativi.

Pertanto è possibile prevedere a breve la formazione dei Nuclei Provinciali: il ruolo di tali Nuclei è assolutamente fondamentale, non solamente come momento di raccolta delle adesioni dei volontari professionisti, ma anche come passaggio di programmazione e gestione di processi operativi decentrati.

Il Nucleo Provinciale è l'elemento principale di sviluppo e di gestione dell'attività CIVES e deve essere in grado di raccordarsi con le Istituzioni e con il mondo del volontariato presente nella zona di competenza.

Per formare un Nucleo è necessario che ci siano almeno 20 iscritti CIVES nella Provincia interessata. Questi devono inoltrare al Comitato Direttivo Nazionale la richiesta di convocazione dell'assemblea costituente del Nucleo.

Il Nucleo Provinciale, nella sua prima assemblea regolarmente insediata, eleggerà il Referente e gli altri organi statutari (Segretario Provinciale, Comitato di Garanzia, Revisori dei conti).

Dopo questa doverosa premessa, si desidera iniziare a raccogliere i nominativi degli iscritti al Collegio IPASVI di Como che sono interessati allo sviluppo di questo progetto e quindi a divenire poi soci ordinari/operativi.

Successivamente, dopo aver valutato l'interesse suscitato in merito, si provvederà ad inoltrare le richieste di iscrizione e, ottenuta l'autorizzazione, a costituire il Nucleo Provinciale di Como.

Pertanto, chi fosse interessato, è pregato di compilare e consegnare agli uffici del Collegio la scheda in quarta di copertina.



SCHEDA DI ADESIONE

(da compilare in ogni caso)

provincia di

n° iscrizione IPASVI

nome e cognome

sex

data di nascita

indirizzo

località

comune

provincia di

c.a.p.

telefoni utili

abitazione

lavoro

cellulare

altro

e-mail personale

ente di appartenenza

dal

unità operativa di appartenenza

dal

funzione ricoperta

☐ non occupato

☐ in pensione

☐ libero professionista

titolo professionale

☐ IP

☐ AS

☐ VI

☐ AFD

☐ IID/DAI

anno di conseguimento

autorizzo CIVES al trattamento di questi dati personali per gli scopi di comunicazione interna all'associazione e per l'elaborazione di report statistici

firma

data

codice fiscale



Direttore responsabile Barbara Mangiacavalli

Sede, redazione, amministrazione

Collegio IPASVI Como V.le C. Battisti, 8

Proprietario Collegio IPASVI Como

Per Comunicazioni:

Collegio IPASVI Como V.le C. Battisti, 8

Tel.: 031300218 fax e segreteria telefonica: 031262538

e-mail: ipasvico@tin.it

Fotolito: SEE srl - Faloppio (CO)

Tipografia:

Centro Arti Grafiche - Fino Mornasco (CO)

Trimestrale informativo del Collegio IPASVI di Como

Pubblicazione autorizzata dal Tribunale di Como con decreto 1/98 del 9/2/98

URL IN VIA DI DEFINIZIONE