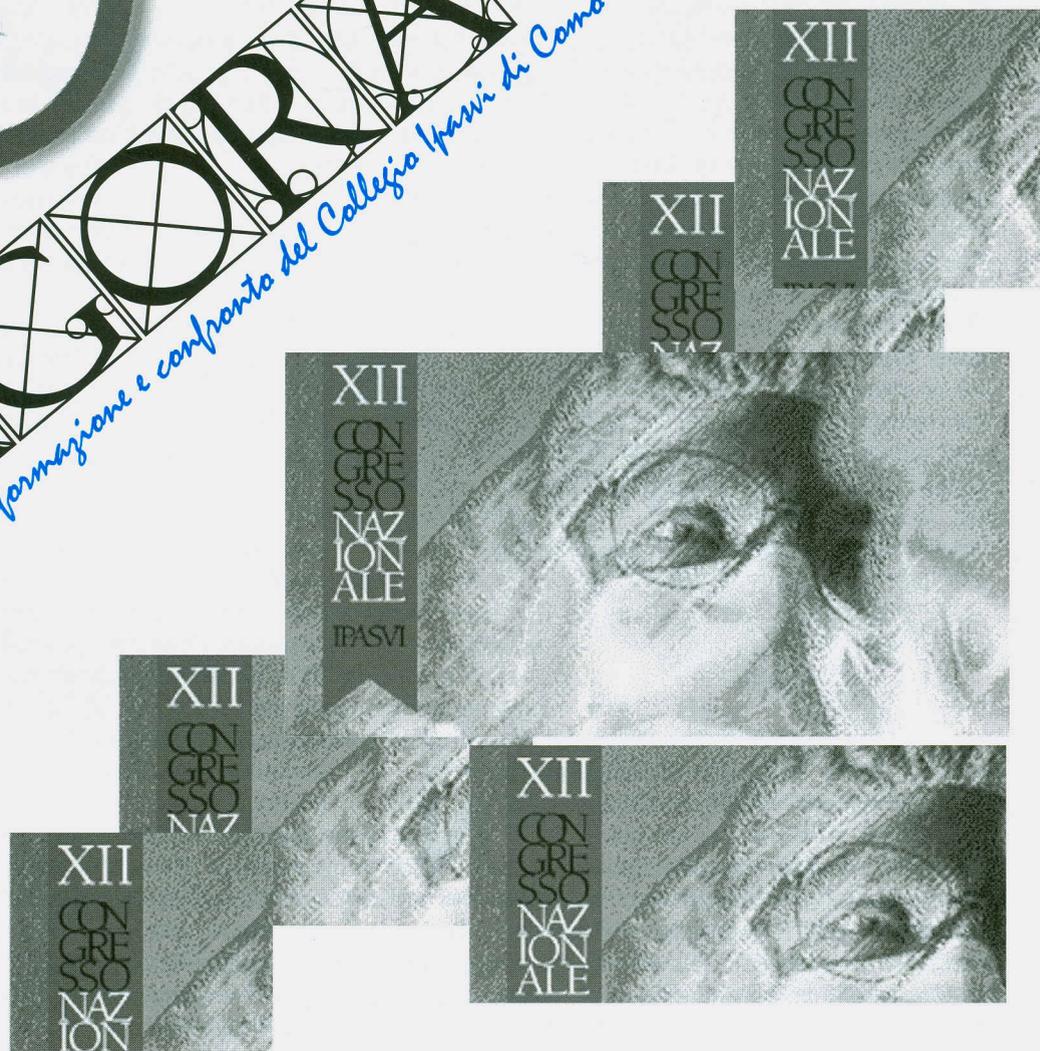




ACCORRA

Spazio di informazione e confronto del Collegio Ippocrati di Como



S o m m a r i o

- Editoriale
- Legge 42/99
- Lavoro interinale e professione infermieristica: un binomio possibile?
- Il marzo francese degli studenti comaschi
- Spazio segreteria - Bacheca

Risultato Concorso Tesi ○

L'infermiere e il dolore del paziente ○

Codice deontologico ○

Protezione civile-Cives ○

Asvap 5 Como ○

Questionario-Candidature ○

Sicuramente questo mandato del consiglio direttivo si annunciava "caldo" per le tematiche professionali che erano in discussione. Pochi avrebbero immaginato la concretizzazione di molti obiettivi in tempi così ravvicinati: per abolire il mansionario ci sono voluti ben 25 anni! I successi per il pieno riconoscimento professionale che gli infermieri stanno avendo lasciano capire da un lato, la rivalutazione che la società manifesta nei nostri confronti e, dall'altro, sicuramente, l'accresciuta consapevolezza professionale del nostro ruolo. Con la pubblicazione sulla Gazzetta

Editoriale

di Barbara Mangiacavalli

Ufficiale del 2 marzo 1999, della legge n. 42 che detta "Disposizioni in materia di professioni sanitarie", si chiude il processo di emancipazione e di libertà iniziato con l'ingresso in università della formazione infermieristica di base che, insieme al profilo professionale, sanciva autonomia, competenza e responsabilità degli infermieri in una logica di 'collaboratori' e non 'subalterni' del medico.

Si entra nel nuovo millennio con il passaggio da uno status sociale non equivalente con la fondamentale funzione di tutela della salute ma come veri e propri professionisti. La sfida lanciata è ardua e importante, gli spazi di innovazione aperti da questa legge sono veramente ampi: si può realmente riformare nel profondo l'organizzazione del lavoro in sanità: il superamento del mansionario con la contestuale affermazione che il campo di attività dell'infermiere è determinato dal profilo professionale, dall'ordinamento didattico dei corsi di diploma e dal codice

deontologico, significa creare una vera e propria liberazione nel mondo sanitario, liberazione che significa valorizzazione delle responsabilità, delle autonomie e delle competenze professionali; finisce l'era del 'non mi compete' o del 'non è di sua competenza'. Il vero aspetto innovativo, a parere di chi scrive, è però quello legato alla nuova concezione di 'atto sanitario': se storicamente è sempre stato inteso e ricompreso total-

mente dall'atto medico, adesso assume una valenza più ampia e più complessa: l'atto sanitario diventa realmente un insieme complesso di prestazioni, competenze, conoscenze di più professioni.

"Non si tratta di una riforma professionale di 'lesa maestà' nei confronti del ruolo medico, anzi, come insegnano le più avanzate esperienze europee ed extraeuropee, è proprio il medico il maggior beneficiario di quest'innovazione: la chiarezza e la valorizzazione della precipua professionalità medica unita al fatto che da esecutori delle indicazioni gli infermieri evolvono in colleghi professionisti, che insieme interagiscono per la tutela della salute, con una più avanzata e funzionale organizzazione del lavoro e professionale, sono gli effetti positivi e immediati di questa legge nei confronti delle professioni mediche.

Ne è prova concreta non solo la 'non belligeranza' da parte dell'associazionismo medico ma addirittura la scesa in campo a favore di questo provvedimento di settori larghi delle professioni sanitarie laureate"⁽¹⁾.

L'abolizione del mansionario oltre che dagli infermieri, infatti, era richiesto anche dalle necessità organizzative dei servizi sanitari che si avvalevano della competenza infermieristica quasi in sordina per le note 'gabbie' all'esercizio professionale: finalmente è sancito il momento di uscita dalla clandestinità e la competenza infermieristica trova il posto che le spetta alla luce del sole, insieme alle altre professioni sanitarie con le quali concorre per il risultato globale della salute delle persone.

(1) Proia F.S., Più dignità per le professioni, in *Il Sole 24 ore Sanità*, 30 marzo - 5 aprile 1999, p. 2.

Disposizioni in materia di professioni sanitarie

Art. 1.
(Definizione delle professioni sanitarie)

1. La denominazione "professione sanitaria ausiliaria" nel testo unico delle leggi sanitarie, approvato con regio decreto 27 luglio 1934, n. 1265, e successive modificazioni, nonché in ogni altra disposizione di legge, è sostituita dalla denominazione "professione sanitaria".

2. 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, il decreto del Presidente della Repubblica 7 marzo 1975, n. 163, e l'articolo 24 del regolamento approvato con decreto del Presidente della Repubblica 6 marzo 1968, n. 680, e successive modificazioni.

Il campo proprio di attività e di responsabilità delle professioni sanitarie di cui all'articolo 6, comma 3, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni e integrazioni, 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.

Art. 2.
(Attività della Commissione centrale per gli esercenti le professioni sanitarie)

1. Alla corresponsione delle indennità di missione e al rimborso delle spese sostenute dai membri della Commissione centrale per gli esercenti le professioni sanitarie designati dai Comitati centrali delle Federazioni nazionali degli ordini e dei collegi ai sensi dell'articolo 17, terzo comma, del decreto legislativo del Capo provvisorio dello Stato 13 settembre 1946, n. 233, provvedono direttamente le Federazioni predette.

Art. 3.
(Modifiche alla legge 5 febbraio 1992, n. 175)

1. Alla legge 5 febbraio 1992, n. 175, sono apportate le seguenti modificazioni:

a) all'articolo 1, comma 1, dopo le parole: "sugli elenchi telefonici" sono aggiunte le seguenti: ", sugli elenchi generali di categoria e attraverso giornali e periodici destinati esclusivamente agli esercenti le professioni sanitarie";

b) all'articolo 2, dopo il comma 3, è aggiunto il seguente:

"3-bis. Le autorizzazioni di cui al comma 1 sono rinnovate solo qualora siano apportate modifiche al testo originario della pubblicità";

Riportiamo in queste pagine il testo integrale della legge 42/99 con l'avvertenza che è il testo tratto dal sito internet del Parlamento Italiano (www.parlamento.it).

Allo stesso indirizzo e all'indirizzo delle camere (www.camera.it e www.senato.it) è possibile trovare anche il dibattito che si è svolto nelle commissioni e in aula.

E' una lettura interessante anche per i progetti di legge oggi in discussione (laurea in scienze infermieristiche e dirigenza infermieristica) che consigliamo a tutti i colleghi.

c) all'articolo 3, comma 1, le parole: "sono sospesi dall'esercizio della professione sanitaria per un periodo da due a sei mesi" sono sostituite dalle seguenti: "sono assoggettati alle sanzioni disciplinari della censura o della sospensione dall'esercizio della professione sanitaria, ai sensi dell'articolo 40 del regolamento approvato con decreto del Presidente della Repubblica 5 aprile 1950, n. 221";

d) all'articolo 4, comma 1, dopo le parole: "sugli elenchi telefonici" sono inserite le seguenti: "e sugli elenchi generali di categoria";

e) all'articolo 5, comma 4, le parole: "sono sospesi dall'esercizio della professione sanitaria per un periodo da due a sei mesi" sono sostituite dalle seguenti: "sono assoggettati alle sanzioni disciplinari della censura o della sospensione dall'esercizio della professione sanitaria, ai sensi dell'articolo 40 del regolamento approvato con decreto del Presidente della Repubblica 5 aprile 1950, n. 221";

f) all'articolo 5, dopo il comma 5, sono aggiunti i seguenti:

"5-bis. Le inserzioni autorizzate dalla regione per la pubblicità sugli elenchi telefonici possono essere utilizzate per la pubblicità sugli elenchi generali di categoria e, viceversa, le inserzioni autorizzate dalla regione per la pubblicità sugli elenchi generali di categoria possono essere utilizzate per la pubblicità sugli elenchi telefonici.

5-ter. Le autorizzazioni di cui al comma 1 sono rinnovate solo qualora siano apportate modifiche al testo originario della pubblicità";

g) dopo l'articolo 9 è inserito il seguente:

"Art. 9-bis - 1. Gli esercenti le professioni sanitarie di cui all'articolo 1 nonché le strutture sanitarie di cui all'articolo 4 possono effettuare la pubblicità nelle forme consentite dalla presente legge e nel limite di spesa del 5 per cento del reddito dichiarato per l'anno precedente".

Art. 4.

(Diplomi conseguiti in base alla normativa anteriore a quella di attuazione dell'articolo 6, comma 3, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni)

1. Fermo restando quanto previsto dal decreto-legge 13 settembre 1996, n. 475, convertito, con modificazioni, dalla legge 5 novembre 1996, n. 573, per le professioni di cui all'articolo 6, comma 3, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni e integrazioni, ai fini dell'esercizio professionale e dell'accesso alla formazione post-base, i diplomi e gli attestati conseguiti in base alla precedente normativa, che abbiano permesso l'iscrizione ai relativi albi professionali o l'attività professionale in regime di lavoro dipendente o autonomo o che siano previsti dalla normativa con-

corsuale del personale del Servizio sanitario nazionale o degli altri comparti del settore pubblico, sono equipollenti ai diplomi universitari di cui al citato articolo 6, comma 3, del decreto legislativo n. 502 del 1992, e successive modificazioni ed integrazioni, ai fini dell'esercizio professionale e dell'accesso alla formazione post-base.

2. Con decreto del Ministro della sanità, d'intesa con il Ministro dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica, sono stabiliti, con riferimento alla iscrizione nei ruoli nominativi regionali di cui al decreto del Presidente della Repubblica 20 dicembre 1979, n. 761, allo stato giuridico dei dipendenti degli altri comparti del settore pubblico e privato e alla qualità e durata dei corsi e, se del caso, al possesso di una pluriennale esperienza professionale, i criteri e le modalità per riconoscere come equivalenti ai diplomi universitari, di cui all'articolo 6, comma 3, del decreto legislativo n. 502 del 1992, e successive modificazioni e integrazioni, ai fini dell'esercizio professionale e dell'accesso alla formazione post-base, ulteriori titoli conseguiti conformemente all'ordinamento in vigore anteriormente all'emanazione dei decreti di individuazione dei profili professionali. I criteri e le modalità definiti dal decreto di cui al presente comma possono prevedere anche la partecipazione ad appositi corsi di riqualificazione professionale, con lo svolgimento di un esame finale. Le disposizioni previste dal presente comma non comportano nuovi o maggiori oneri a carico del bilancio dello Stato né degli enti di cui agli articoli 25 e 27 della legge 5 agosto 1978, n. 468, e successive modificazioni.

3. Il decreto di cui al comma 2 è emanato, previo parere delle competenti Commissioni parlamentari, entro tre mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge.

4. In fase di prima applicazione, il decreto di cui al comma 2 stabilisce i requisiti per la valutazione dei titoli di formazione conseguiti presso enti pubblici o privati, italiani o stranieri, ai fini dell'esercizio professionale e dell'accesso alla formazione post-base per i profili professionali di nuova istituzione ai sensi dell'articolo 6, comma 3, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni e integrazioni.

In questo ultimo anno è andata via via aumentando molto l'importanza di una nuova forma di rapporto di lavoro che in qualche modo è finita per toccare anche la professione infermieristica: il lavoro interinale.

Si tratta in

ratori meno qualificati (lavori di facchinaggio, manodopera senza qualifica e così via).

Nell'ambito infermieristico questo contratto riguarda ancora marginalmente la nostra professione ma già qualcuno cerca e in qualche caso - pochissimi per la verità - trova infermieri disposti a lavorare a tempo.

C'è un po' di stupore, va detto, che

questo rapporto di lavoro si potrebbero fare e che altri meglio di chi scrive hanno fatto e stanno facendo restano alcune considerazioni sull'applicabilità di tale modello alla professione infermieristica. Il lavoro interinale infatti ha alcune caratteristiche che poco si adattano, a nostro parere, alla professione infermieristica.

E' un lavoro caratterizzato dalla instabilità come elemento costante sia dal punto di

Lavoro interinale e professione infermieristica un binomio possibile ?

Il problema è conciliare i nuovi tipi di contratti con la garanzia di offrire prestazioni professionali adeguate alle esigenze dei pazienti

sostanza di un rapporto di lavoro temporaneo introdotto in Italia dalla legge 196 del 1997 e in cui molte imprese hanno trovato risposte ad alcune loro esigenze.

In concreto alcuni lavoratori vengono assunti da una società di lavoro interinale che li invia a lavorare dove le aziende chiedono un contributo temporaneo di competenze o di energie. L'applicazione è sia verso le alte professionalità (contabili particolarmente esperti, maghi dell'informatica, architetti o ingegneri e così via) sia verso le fasce di lavoro-

alcuni colleghi decidano di usare questa formula lavorativa in un periodo come questo in cui la libera professione, le case di riposo, le strutture ospedaliere pubbliche e private cercano a lungo (spesso invano) infermieri e bandiscono concorsi spesso semideserti o frequentati solo da chi desidera entrare nel circuito del lavoro pubblico per poi riavvicinarsi al paese d'origine.

Stupisce perché in una situazione occupazionale favorevole queste scelte, che comportano per il lavoratore un notevole sacrificio, sono difficili da comprendere. Al di là delle considerazioni di ordine psicologico e sindacale che di

Di Paolo Tettamanti

vista del tempo che da quello salariale il che va accettato sia sul piano oggettivo, contrattuale, che su quello psicologico e può non essere facile.

E' un'attività segnata dalla contingenza cioè da ciò che oggi è ma che può anche non essere nel futuro, in contrapposizione al necessario. Questo qualcosa di accidentale che non fa parte della sostanza dell'azienda rende il lavoratore temporaneo uno strumento occasionalmente utile, flessibile ma di cui si può fare solitamente a meno. In questo ambito è chiaro che si realizzano relazioni personali a termine nella coscienza che il tempo di frequentazione sarà limitato e occasionale. La contingenza rende il lavoro temporaneo un'attività importante ed utile per le aziende e per chi è senza lavoro ma resta un ambito anche psi-

Il contributo che accogliamo qui vuole essere una riflessione iniziale, l'apertura di un dibattito che speriamo veda contributi diversi e numerosi. La realtà sociale cambia e con essa anche quella professionale. Governare per quanto possibile questo cambiamento, essere presenti e attenti, è essenziale per la professione poiché comunque cambiamenti di questa portata non potranno che influire - positivamente o negativamente - sulla professione stessa, sul modo di essere infermieri e sulla possibilità di lavorare bene. Anche a questo - sia detto tra parentesi - servono Collegi e Ordini professionali e anche per questo è importante averli e che siano funzionanti, efficaci e attenti.

cologicamente problematico per chi lo vive poi stabilmente come fonte di reddito e per chi si occupa di servizi alla persona dove sia necessario un pur minimo rapporto empatico con l'utenza.

Il lavoro temporaneo è poi caratterizzato dalla [precarietà](#), è precario per natura. Qui si sperimenta una nuova frontiera psicologica destinata probabilmente segnare il prossimo futuro: il concetto di posto e quello di lavoro si differenziano nettamente. Il rischio è quello di far prevalere l'idea di occupazione di un posto sull'idea di svolgere un lavoro e quindi di limitare molto l'investimento di energie, professionalità, intelligenza che un lavoratore è solitamente disposto a fare in una prospettiva più solida.

La [temporaneità](#) del lavoro ha quindi i suoi effetti non positivi soprattutto per il lavoratore che si percepisce sempre in bilico tra essere occupato e non esserlo, tra lavorare qui e lavorare altrove, tra avere relazioni con questi colleghi e questi utenti e averle con altri colleghi ed altri utenti. Il lavoro diventa quindi solo mera erogazione delle capacità e delle energie, senza possibilità di aumentarle o di adattare.

Questi aspetti del lavoro interinale giocano certamente un ruolo importante sulle [aspettative](#) del lavoratore. Il lavoratore temporaneo vive l'idea generale del lavoro, quella di lavoro stabile, quindi si percepisce in attesa della stabilità e della sicurezza e per esse opera cercando occasioni diverse, non investendo tempo, denaro e intelligenza nel lavoro attuale - che è provvisorio - ma per averne uno futuro, stabile. Probabilmente il lavoratore temporaneo è l'avanguardia di un modo nuovo di pensare e svolgere il lavoro ma lui non lo sa e probabilmente non gli importa neppure di saperlo, cerca solo stabilità e sicurezza.

Vi riconoscereste come infermieri in questa realtà? Probabilmente no poiché il lavoro infermieristico è essenzialmente un'attività di relazione personale e questo

richiede tempo, pazienza, capacità di ascolto, un patrimonio di specifiche competenze, la capacità di saper adattare una realtà (reparto, RSA, ...) alle esigenze di un paziente e molto altro. Le fuggevoli esigenze di un rapporto temporaneo, limitato nel tempo e nel coinvolgimento delle capacità dell'operatore, è ben lontano dalla professionalità dell'infermiere.

Molte e profonde sono le differenze anche con l'attività libero professionale. Anche qui vi sono rapporti temporanei ma l'orizzonte è segnato dalla continuità, dalla progettualità, dalla appartenenza forte ad un'azienda che sento ed è "mia" e che le "mie" capacità professionali possono far crescere.

Il lavoratore libero professionista ha un diverso approccio con la realtà anche se essa è multiforme: lavorare in più luoghi non dà qui il senso della precarietà poiché il lavoro è stabile e duraturo (l'azienda è "mia" e si cerca di far durare a lungo il rapporto con il paziente), poiché il rapporto con il cliente è un rapporto su cui investo molto perché i clienti sono il "mio" patrimonio aziendale e il modo in cui lavoro è la migliore pubblicità. Anche le aspettative sono diverse: chi investe su sé stesso e sceglie la libera professione lo fa perché pensa di saper fare una professione, di avere gli strumenti per offrire risposte alle domande del cliente e quindi spera di poterlo fare il più a lungo possibile perché sarebbe un segno della propria capacità professionale e dell'apprezzamento dei clienti.

L'autoimprenditorialità quindi, anche quella infermieristica, fa parte di un fermento presente e crescente nel mondo del lavoro che porta con sé anche altre idee innovative (tra cui possiamo ricordare anche il telelavoro ed il lavoro condiviso) ma ben diverso è il discorso del lavoro temporaneo che, per le caratteristiche descritte sopra ci

pare inadatto ad una professione come quella infermieristica. L'assistenza infermieristica insomma è ben altro che un rapporto fuggevole, non duraturo nel tempo e sostanzialmente superficiale è la prossimità fatta professione cioè un rapporto di vicinanza rafforzato da competenze professionali.

Chi non ha questa convinzione avrà certamente pochi problemi a lavorare un po' qui e un po' là ma avrà certo molti problemi di identità professionale; poca cosa comunque a confronto dei problemi che avranno gli avventurosi imprenditori che affideranno i propri pazienti a questi strani professionisti infermieri.

Il marzo francese degli studenti comaschi

La scuola infermieri di Como ha incontrato i colleghi francesi della scuola e del Centro Ospedaliero di Moulhouse per uno scambio di esperienze ed aspettative professionali

Da molto tempo desideravamo conoscere da vicino una realtà infermieristica formativa europea per confrontare le modalità con le quali gli infermieri conseguono il diploma, equipollente in tutta la CEE.

L'occasione finalmente si è presentata quando la nostra collega Rossana è riuscita ad organizzare una visita guidata nella città francese nella quale aveva lavorato negli anni '80.

Quale migliore opportunità poteva esserci offerta se non la Nazione patria dell'Accordo di Strasburgo? Le colleghe francesi del resto godono di un prestigio sociale e di un riconoscimento economico tali per cui l'ingresso in Università per conseguire il Diploma non è per loro indispensabile.

1° giorno: siamo stati accolti amabilmente dalla direttrice della Scuola di Mulhouse, Madame Renè Huck e dai suoi collaboratori, che, insieme, nel corso del pomeriggio ci hanno illustrato il piano di studi triennale del corso per infermieri; il monte ore di tirocinio previsto è superiore al minimo richiesto (4610) è infatti di 4760 ore.

Il programma è diviso in 30 Moduli: 10 trasversali sui tre anni (scienze umane, legislazione, salute pubblica, ecc.) e 20 moduli globali, specifici per ciascun anno: 5 per il 1°, 8 per il 2° e 7 per il 3°.

Per quanto riguarda il secondo e il terzo anno gli studenti hanno la possibilità di scegliere un modulo annuale tra i vari proposti a completamento dei rispettivamente 7

e 6 obbligatori. I moduli globali comprendono le "cure infermieristiche".

Sebbene il corso di studi non sia compreso nella formazione Universitaria l'edificio che ospita la scuola ha le caratteristiche di un "Campus" anglosassone.

Pur in attesa di prossima ristrutturazione a causa del deterioramento edilizio, l'ambiente è decisamente accogliente, ampio e corredato di tutto il necessario per agevolare la vita degli studenti: numerose aule (42 circa) spaziose ed attrezzate anche per le esercitazioni, biblioteca ben fornita e alla quale sono annessi locali per lo studio; un grande Auditorium predisposto anche per proiezioni cinematografiche.

Gli studenti hanno inoltre a disposizione locali e una cucina per ogni piano per la preparazione autonoma dei pasti serali.

Siamo, anche noi, state ospitate presso la scuola e abbiamo potuto constatare una festosa animazione serale

Gli allievi attualmente iscritti sono 250 e gli infermieri insegnanti 24.

Che numeri!

A Como con un numero quasi doppio di allievi negli scorsi anni il personale non è arrivato ad essere neppure un quarto!

Uno degli aspetti più positivi è che l'attività scolastica è parte stabile della formazione permanente.

Gli infermieri dipendenti che lo desiderano, infatti, hanno la possibilità di frequentare in orario di servizio, i corsi degli studenti, vantaggio notevole anche dal punto di vista economico.

2° giorno: ci è stata offerta la possibilità di visitare il Centro Ospedaliero, ristrutturato 4 anni fa, in cui è inserita la scuola: i 200.000 abitanti di Mulhouse hanno a disposizione presso questo ospedale 1800 posti letto.

Dei 3300 dipendenti molti, recentemente, sono stati chiamati ad occuparsi di servizi diversi dal passato. Per molti di loro si è trattato di avvicinarsi di più ai malati, ad esempio come lettighieri (brancardier), essendo stati, in Ospedale, aboliti i trasporti manuali di materiale per la messa in opera di carrelli robotizzati.

Il passaggio è stato positivo perché preparato con cura: formazione e costante rinforzo nella motivazione hanno diminuito malcontento e assenteismo.

La corretta utilizzazione delle risorse ha portato infatti ad un impiego ottimale delle stesse.

Lo Stato poi, nella perenne lotta alla disoccupazione, ha incentivato l'impiego di giovani, motivati, nell'aiuto ai pazienti, in servizi, non di pertinenza infermieristica ovviamente, in modo da arricchirli soprattutto umanamente (il salario è minimo...) ed alleviare il peso del disagio sociale.

Nel pomeriggio abbiamo illustrato ai colleghi francesi il piano di studi italiano con il nuovo ordinamento universitario mentre le colleghe Gigia e Rossana hanno potuto visitare la Clinica "Du rein artificiel" per verificare la possibilità di acquisire preziosi suggerimenti da riportare in Italia; i nuovi sviluppi del centro di dialisi di Como ci diranno quanto incisivi e utili siano stati gli scambi...

3° giorno: purtroppo prevedeva il viaggio di ritorno ma è stato possibile comunque un incontro con la Direttrice della sezione coordinata di Sélestat, abbiamo avuto il piacere di conoscere una persona estremamente attiva ed entusiasta impegnata continuamente in progetti coinvolgenti.

Per quest'anno l'argomento scelto riguarda l'assistenza infermieristica al paziente con dolore; abbiamo potuto pertanto con soddisfazione ripetere l'esperienza della nostra scuola nella preparazione al Convegno sul dolore del novembre ultimo scorso e ci siamo promesse reciprocamente scambi di materiale e un appuntamento a Sorrento per l'anno prossimo!

Il soggiorno è stato debitamente caratterizzato anche dall'incontro con la cucina alsaziana: choucroute e pate di foie gras non sono mancati nel corso delle cene in locali caratteristici.

Il ricordo più significativo rimane legato però alla serena constatazione emersa nel corso delle varie conversazioni: pur nella diversità delle esperienze e della lingua il sentire etico degli infermieri è condiviso e le aspettative nei riguardi della professione ugualmente ambiziose e tanto simili.

COSI' SI DIVENTA INFERMIERI IN EUROPA

INGHILTERRA - Formazione universitaria su programmi dell'Unione Europea con possibilità di conseguire master e dottorati. Non vi è mansionario. Lo stipendio base iniziale è circa 14 mila sterline e c'è una notevole carenza di personale. I colleghi inglesi si sentono poco ascoltati nel loro paese tuttavia il Royal College of Nursing viene ascoltato su tutti i temi della sanità e gli infermieri sono rappresentati in Parlamento.

POLONIA - Su circa 40 milioni di abitanti totali vi sono 260 mila infermieri diplomati e 8 mila laureati. Dal 1962 è obbligatoria la maturità (liceo infermieristico) e dal 1972 vi è una facoltà di Scienze Infermieristiche all'interno della facoltà di Medicina, il corso è quadriennale e si articola su tre indirizzi: per dirigenti (caposala, capiservizio, infermieri che lavorano al ministero), per docenti e ricercatori, per infermieri clinici. Non vi è un mansionario ma solo il codice deontologico e gli infermieri possono consigliare ed eseguire sui pazienti trattamenti complementari.

FINLANDIA - Tre anni e sei mesi di corso a cui si accede con la maturità formano infermieri che agiscono senza mansionario ma in base alle conoscenze acquisite. E' possibile ottenere anche delle specializzazioni che comportano maggiori responsabilità e maggiore stipendio. L'apprendimento, la retribuzione e il tipo di attività variano molto in base all'area in cui si opera.

FRANCIA - Si diventa infermieri con un corso triennale. Sono attivi anche i diplomi universitari ma non hanno valore nazionale. Presso la sola università di Bobigny è stato attivato anche un corso di laurea per caposala e infermieri dirigenti. Le retribuzioni sono elevate e vanno dagli 8700 franchi iniziali (circa 2.610.000 lire) ai circa 4 milioni di lire mensili di un infermiere a fine carriera. Gli infermieri specializzati guadagnano da 500 ai 1000 franchi in più.

E' uno degli ultimi paesi dove esiste un mansionario (emanato nel 1993) sia per gli infermieri professionali che per caposala e dirigenti (emanato nel 1991).

Moulhouse,
10,11,12 marzo 1999

D.A.I. Annita Comini
Suor Pierfausta
I.P. Elisabetta Angelini
A.F.D. Rosangela Cusini
A.F.D. Rossana Grilli
I.P. Ref. Luigia Riva

SPAZIO SEGRETERIA

di Maria Luisa Bianchi

ORARI DI APERTURA DELLA SEDE DEL COLLEGIO

Dal 1 giugno 1999 è in vigore il nuovo orario di apertura al pubblico della sede del Collegio :

dal lunedì al venerdì
9.00 - 12.00 / 14.00 - 17.00
sabato chiuso

Per la consegna di documentazione da autenticare lo sportello è disponibile tutti i giorni (sabato escluso) negli orari di apertura al pubblico.

Si prega di comunicare ogni variazione di residenza presso la sede del Collegio con semplice autocertificazione (ai sensi della legge 127/'97)

Si prega di notificare al Collegio eventuali titoli di formazione previsti dalla legge.

IL CENTRO PASTORALE DOVE HANNO SEDE GLI UFFICI DEL COLLEGIO IPASVI DI COMO CHIUDERA' PER LE FERIE ESTIVE DAL 1° AGOSTO AL 22 AGOSTO . PERTANTO IN QUESTO PERIODO ANCHE I NOSTRI SPORTELLI RIMARRANNO CHIUSI.

BACHECA

CORSO DI PERFEZIONAMENTO IN BIOETICA

Università Vita-Salute San Raffaele Via Olgettina,58 20132 Milano.

8 ore accademiche mercoledì e giovedì dalle 9.45 alle 17.15 dal 15 settembre al 14 ottobre 1999. Per inf. 02.26432564;02.26434839;02.26433014.

L'APPROCCIO GLOBALE AL PAZIENTE ONCOLOGICO-Dai trattamenti innovativi alle cure palliative

29 Settembre - 2 ottobre 1999 Bellaria Rimini

Info. 051.4210559 fax 051.4210174 e-mail anna@econgressi.it

AIOS - VII CONVEGNO NAZIONALE - La sterilizzazione

Pisa, Palazzo Congressi 1/2 ottobre 1999

Info.051.765357 fax 051.765195 e-mail csr.congressi@pt.tizeta.it

A.I.U.R.O. - V CONGRESSO NAZIONALE

Palermo 7/9 ottobre 1999

Info. tel.fax 011.9424334 0338.6314760

I° GIORNATE EUROPEE PER INFERMIERI DI UROLOGIA

Palma de Mallorca 3/6 novembre 1999

Info. tel. 011.4347900 fax. 011.4347760 e-mail cci@fileita.it

CeF - CULTURA E FORMAZIONE - TABU' E SANITA'

10 /11 / 12 / 13 / novembre 1999 Assisi - Santa Maria degli Angeli

Info. tel. fax. 02.93549225 - 02.93549811 0337.315944

G.O.N.O. Gruppo Oncologico Nord-Ovest - IV CONGRESSO NAZIONALE

Torino 19/20 novembre 1999

Info. tel. 011.3825357 fax. 011.387392 e-mail: planet@cse.it

CONVEGNO NAZIONALE INTERDISCIPLINARE - Patologia del basso tratto urinario nell'anziano

Milano 22/23 novembre 1999

ANIARTI - XVIII CONGRESSO NAZIONALE - Accreditamento e certificazione in area critica

Bologna 10/11/12 novembre 1999

Info.tel 055.434677 fax. 055.435700 e-mail: aniarti@aniarti.it

MEDICINA D'URGENZA - V CONGRESSO NAZIONALE

Bologna 21/24 novembre 1999

Info. tel. 051.765357 fax. 051.765195 e-mail: csr.congressi@pt.tizeta.it

IDEA LAVORO - ITALY & ENGLAND - PROGETTO DI COOPERAZIONE INTERNAZIONALE

300 posti di lavoro in ospedali pubblici e privati inglesi.

Info. tel. 051.271292 fax 051.271406 internet http://www.nau.it/idealavoro e-mail: idealav@www.nau.it

RISULTATO DEI LAVORI DELLA COMMISSIONE ESAMINATRICE PER IL BANDO DI CONCORSO PER TESI DI DU DI INFERMIERE

di Bianchi Maria Luisa

Il giorno 9 marzo 1999 alle ore 16.45 presso la sede del Collegio IPASVI di Como si è riunita la commissione esaminatrice per bando di concorso per tesi DU in ottemperanza alle delibere 11/99 del 5.2.99 e 19/99 del 4.3.99.

La commissione è così composta:

Mangiacavalli	Barbara
Presidente	
Cantarelli	Marisa
Componente	
Comini Annita Sr.	Pierfausta
Componente	
Scibiglia	Angela
Componente	
Bianchi Maria	Luisa
Segretaria	

Partecipano al bando n. 18 tesi.

Vengono definiti i criteri ed una metodologia per la valutazione delle tesi presentate:

1. Visto che i piani di assistenza sono orientati ad un modello teorici, viene verificato che nella presentazione del modello siano contemplati tutti i passaggi:

- raccolta dati
- identificazione dei bisogni
- formulazione obiettivi
- elenco azioni
- valutazione

Il punteggio attribuito va da un minimo di 1 (uno) se i passaggi non sono contemplati, ad un massimo di 5 (cinque) se sono presenti tutti i passaggi.

2. Verificare l'equilibrio nell'esposizione tra la parte riguardante specificatamente l'assistenza infermieristica e la parte riguardante l'aspetto prettamente medico. Il punteggio attribuito va da un minimo di 1 (uno) se la parte medica supera il 70 % dell'esposizione ad un massimo di 5 (cinque) se vi è un equilibrio del 50% tra le due parti.

3. Valutazione della bibliografia : completezza, attualità, ambito (infermieristico / medico) . Il punteggio attribuito va da un minimo di 1 (uno) ad un massimo di 5 (cinque) a discrezione della commissione.

Il giorno 9 aprile '99 alle ore 10.00 presso la sede del collegio si riunisce la commissione in seconda convocazione dopo che la Presidente ed i componenti , hanno dato lettura di tutte le tesi.

Viene quindi stilata una graduatoria delle tesi a seconda del punteggio ottenuto applicando i criteri sopra descritti.

Prima classificata con punteggio di:

criterio 1 : 20 punti

criterio 2 : 20 punti

criterio 3 : 19 punti

risulta essere la tesi

" Il bisogno di alimentazione e idratazione del neonato prematuro" di **MONICA LUCINI** alla quale viene assegnato il primo premio di £. 1.000.000 (un milione).

Seconde classificate pari merito con punteggio di :

criterio 1 : 19 punti

criterio 2 : 20 punti

criterio 3 : 17 punti

risultano essere le tesi : "L'intervento infermieristico nella prevenzione del linfedema secondario a mastectomia" di **SILVIA BOVERI**

"L'uomo come un'unità bio-psico-sociale e l'infarto miocardico acuto : un'assistenza personalizzata" di **MANUELA CANAVESI**.

Essendo due tesi risultate pari merito viene corrisposto ad entrambe un premio di £. 500.000 (cinquecentomila).

L'obiettivo di questa relazione, presentata al " II° Convegno per Infermieri professionali in oncologia" (26- 27- 28 maggio 1999), è stato quello di indagare gli aspetti etico - relazionali tra paziente sofferente ed infermiere.

La relazione nasce dal confronto delle esperienze dell'équipe di cure palliative dell' A.S.L. di Como, attiva su tutto il territorio provinciale da 3 anni, che si avvale della consulenza di 2 Medici Palliatori dell'ospedale di Desio e degli infermieri professionali del servizio A.D.I. (Assistenza Domiciliare Integrata) dell' A.S.L. comasca.

Già gli antichi egiziani e poi i mesopotamici 5000 anni fa associavano il dolore a ispiazione, punizione, castigo divino di fronte all'immagine di un Dio "dispensatore di sofferenze e patimenti", crudele e vendicativo. Anche i greci ed i romani, chiedevano di lenire il dolore ed allontanare la morte con libagioni ed offerte agli Dei.

Mutamento di tale atteggiamento pare si debba attribuire esclusiva-

del dolore e della morte in quanto, sia come persone che come professionisti non può non riguardarci, toccarci o lasciarci indifferenti. Proprio perchè

L'INFERMIERE e il DOLORE del PAZIENTE.

Da sempre la storia dell'uomo è una storia di senso. L'uomo, inteso come umanità, vive la sua storia ed il suo cammino in sè stesso, alla ricerca di un proprio Senso. Se crediamo che l'uomo è - uomo delle scelte - protagonista della propria vita, del proprio nascere e del proprio morire, dobbiamo considerare anzitutto la necessità di identificare un senso generale: quello di essere uomini e donne del proprio tempo, della storia, dell'umanità.

Seppur tale argomentazione è troppo importante ed ambiziosa per essere liquidata in poche righe, dobbiamo affermarne l'importanza, poichè dal senso generale discende il senso particolare che noi andiamo cercando: quello dell'assistenza infermieristica" 1

Da sempre l'uomo assiste l'altro uomo, tutta la storia dell'uomo è la storia dello "stare vicino", vicino alla sofferenza, vicino al dolore. Ai nostri giorni, confermato anche dal recente convegno nazionale sul dolore (novembre 1998), questo evento viene definito come: malattia.

Le professioni sanitarie in genere, e quella infermieristica in particolare, hanno come compito sociale quello di intervenire su questo fronte, hanno il dovere professionale di accompagnare il paziente alla morte, da sempre del resto nel suo soffrire l'uomo ha avuto "qualcuno" accanto in uno stare vicino intenso e profondo.

E' perciò necessario, ancora una volta, tornare a interrogarsi sul problema

nella relazione paziente-professionista tale argomento ci coinvolge nella sua totalità è nostro desiderio dare spazio non tanto a quell'attitudine di carattere pratico e tecnico proprio del nostro

A cura di:

- I.I.D. Anna Maria Bencini I.P. Coord. Distretto Como
- I.P. Elena Colletto - Distretto di Como
- A.F.D. Caterina Colzani - Uff. Inf. A.S.L. Como
- I.P. Mariateresa Crivillaro - Distretto Como
- I.P. Patrizia Lissi - Distretto Como
- I.P. Sabrina Pedrazzoli - Distretto di Como
- I.P. Lucia Biral - Distretto di Olgiate

agire professionale, quanto riflettere sull'assistenza globale al paziente con dolore, e su tutte le implicazioni etiche e morali, ad essa connessa.

Il concetto di professione infermieristica si basa, sostanzialmente, sul possesso di competenza tecnica esclusiva e sull'esistenza di un ideale di servizio che costringe a far primeggiare, per il professionista, gli interessi del proprio assistito ai propri. L'ideale di servizio viene, in una fase di maturità professionale, racchiuso entro il codice deontologico quale espressione della fedeltà e della lealtà del professionista verso la società e quale indirizzo di comportamento per i membri. L'ideale di servizio è forse il vero segno distintivo tra una occupazione ed una professione, e poichè su di esso si costruisce l'atteggiamento di fiducia che il cliente pone nell'affidare il proprio vivere all'esclusiva conoscenza professionale².

"Le responsabilità etiche infermieristiche che derivano dai principi e dalle norme del codice sono:

1. dare un servizio infermieristico per la qualità della vita dell'uomo,
2. riconoscere le condizioni di razza, sesso, religione come elementi non

ambizioso obiettivo di ricercare gli elementi etico-relazionali dell'agire professionale deve necessariamente, partire, e comprendere, la presa di coscienza del senso dell'assistenza infermieristica, e del senso del soffrire in questo momento storico. Di fatto, la relazione dell'uomo davanti al dolore è da sempre una relazione di incredulità e paura, nonostante la familiarità e la frequenza dell'evento dolore nella quotidianità.

modificanti il comportamento professionale,

3. indagare e rispondere non solo ai bisogni manifesti ma fare emergere anche i non manifesti,

4. verificare il consenso alle prestazioni infermieristiche, è infatti proibito usare la forza per estorcere il consenso. Il paziente capace di intendere e volere ha il diritto di decidere in merito ad ogni intervento sulla sua persona.

Nessun trattamento terapeutico o sperimentale può essere messo in atto senza il "consenso informato" del paziente. Tale consenso è considerato valido a condizione che chi lo esprime sia in grado di comprendere e valutare il significato e le conseguenze delle proprie azioni,

5. informare sull'assistenza infermieristica e chiedere l'intervento di specialisti se non si è competenti sull'intervento,

6. richiedere la decisione dell'utente su chi deve essere informato sul suo stato di salute, informarlo dei limiti oggettivi del segreto professionale.,

7. impostare l'assistenza per conservare dignità e confort alla persona anche durante la morte: "L'infermiere è al servizio della vita dell'uomo: lo aiuta ad amare la vita, a superare la malattia, a sopportare la sofferenza e ad affrontare l'idea della morte".³

L'International Association of Study of pain definisce il dolore come:

"un'esperienza sensoriale ed emotiva spiacevole, associata ad un danno tessutale potenziale o in atto",

è perciò, a nostro avviso importante sottolineare, che il dolore è un'esperienza totalizzante che riguarda l'individuo in senso "Olistico" in rapporto con l'ambiente che lo circonda.

Non si può pertanto affrontare la persona sofferente solo dal punto di vista strettamente razionale o clinico. La tradizione cui culturalmente siamo legati presuppone un'etica che ammette almeno due doveri:

1- "Sanare infirmos", ovvero restituire "ad integrum" il corpo, sconfiggendo la malattia.

2- "Sedare dolorem", cioè diminuire le sofferenze del malato qualora non sia più possibile la guarigione.

Spesso nella tradizione medica ed infermieristica il successo dell'atto assistenziale si identificava con la

guarigione e la completa autonomia del paziente, mentre la qualità di vita è stata per lungo tempo considerata solo come una eventuale conseguenza del successo dell'atto, non quindi come obiettivo primario da conseguire e ricercare in tutti gli assistiti, risultando così più importante il sanare che il sedare.

Le moderne concezioni del nursing infermieristico, soprattutto con il nascere della medicina palliativa, pongono come punto cardine del proprio agire il secondo assunto ovvero "Sedare dolorem"; ove l'obiettivo da raggiungere non è più quello di sanare ma di migliorare la qualità di vita, il tutto nella convinzione che non si raggiungono risultati di intervento professionale disciplinare senza l'operare non solo per l'Uomo, ma soprattutto con l'Uomo.

Di fronte all'aggravarsi, nel paziente oncologico, di quella particolare sofferenza che è stata definita "dolore totale", l'intervento corretto non può ottenere salute ma può richiedere ed garantire qualità di vita. La risposta dell'infermiere di fronte al paziente con dolore deve essere indirizzata non tanto alla malattia quanto alla persona ed ai suoi bisogni.

"L'infermiere in tale ottica dinnanzi al dolore è chiamato in causa su due fronti

1- quello di individuo in grado di provare dolore

2- quello di professionista che deve accompagnare il paziente con dolore durante la malattia fino alla morte.

Esiste quindi una competenza possibile nel soffrire o nell'accompagnare il paziente lungo questo cammino? ... E se esiste è una competenza umana o professionale?"⁴

La risposta è scontata: l'infermiere pur rispettando la cultura dell'altro nella relazione assistenziale con la persona che soffre non può e non deve soffrire con la persona che sta assistendo. deve saper distinguere "il mio dal suo" in un lavoro quotidiano e personale in cui la disciplina infermieristica "fornisce gli strumenti per percorrere la strada" assieme al paziente, ma non si sostituisce a lui, non diviene protagonista del suo soffrire.

E' in tale contesto che si sviluppa quell'empatia (soffrire con) che permette di fronte alla sofferenza del paziente, di realizzare il proprio coin-

volgimento senza sostituirsi al paziente.

Il rischio infatti, se così non fosse, sarebbe quello di

1 - disattendere l'obiettivo,

2 - tradire "l'alleanza" stretta con il paziente,

3 - confondere " il come dell'infermiere, con il come del paziente".

Le professioni sanitarie spesso per cultura pragmatica ed interventista propongono, ed impongono, la propria idea di vivere e morire, espropriando al paziente la facoltà di esercitare il proprio diritto di libera scelta. L'infermiere in questo panorama dovrebbe configurarsi come "contratto culturale", consentendo l'incontro tra i due mondi, quello del paziente che soffre e quello del sanitario che agisce realizzando, con un senso nobile dell'agire professionale, che chi soffre o sta morendo di fatto vive. Il confronto dell'infermiere con l'uomo, inteso come genere e nella sua dimensione singola o collettiva, non è argomento nuovo per l'infermiere; da sempre l'assistenza infermieristica ha trovato la coesione del proprio corpus professionale e la giustificazione della propria conoscenza al servizio dell'uomo.

Essenziale diviene dunque, nella relazione infermiere/paziente, instaurare una relazione d'aiuto, dove l'infermiere non si sostituisce al paziente, ma piuttosto lo aiuta a comprendere la situazione e a gestire il problema in modo che sia l'assistito a proporre per sé le "soluzioni" migliori. Tale processo presuppone che l'operatore di fronte al paziente con dolore sia:

1. Sempre se stesso,

2. congruente fra ciò che sente, che pensa, che fa e che è, per essere credibile nel suo agire,

3. capace di accettare, incondizionatamente, il paziente al di là di quello che dice, pensa, crede, senza giudicare né criticare,

4. in grado di accogliere la persona e creare un'atmosfera nella quale il paziente si senta accettato e protetto,

5. capace di saper ascoltare e saper osservare.

Da questa impostazione teorica di natura filosofica e deontologica nasce nella prassi un modo particolare di "stare vicino" al paziente che soffre. Come equipe

palliative dell' A. S.L. di Como ci siamo convinte che assistere un paziente con dolore significa dunque essere investiti di un ruolo "privilegiato" per il rapporto intimo che si instaura con la persona ammalata e la sua famiglia.

Spesso l'infermiera è la prima persona dell' equipe che incontra il paziente.

Spetta a lei il compito di osservare i problemi: "prima valutazione dei bisogni socio - sanitari", ed informare su quanto il servizio può offrirle.

Determinante è il primo approccio, dal quale può dipendere la realizzazione degli obiettivi assistenziali.

Ogni paziente ha la sua storia personale, quando giunge al servizio ha già percorso, spesso un cammino doloroso, in cui sono state deluse le aspettative o, vi è stata una comunicazione non sempre soddisfacente.

L' I . P. ha la possibilità di entrare nella storia personale di chi assiste.

per questo è opportuno che entri nelle case in punta di piedi, non deve mai sostituirsi ai familiari, anzi deve, quando necessario, promuovere l'armonia tra la famiglia e il proprio congiunto.

E' la figura dell'equipe che vede quotidianamente l'ammalato, che entra in relazione con lui. E' colei che si prende cura del paziente cercando di rispondere a tutti i suoi bisogni e cogliendo tutte le eventuali modificazioni, attraverso l'osservazione e l'ascolto, che deve essere teso, non solo alle parole, ma anche ai gesti, alle espressioni ed ai silenzi.

Il rapporto che si instaura è fondato da un profondo rispetto e dalla necessità di comprensione (capire e farsi capire).

La comunicazione è un contatto vero, unico, autentico, fatto di accoglienza e di accettazione dell'altro.

Ogni individuo è unico ed irripetibile. Accogliere significa mettersi allo stesso livello dell'altro: avere pari dignità.

Il paziente deve poter sentire che per chi lo assiste conta molto.

Nella relazione d'aiuto il coinvolgimento emotivo può divenire estremamente elevato da ambo le parti.

Solo dando è possibile crescere ed arricchirsi: darsi significa aprirsi per capire il perché di certi atteggiamenti, di tanta sofferenza...

Vuol dire anche essere autentica-

mente presenti, partecipare emotivamente ad alcune situazioni particolarmente significative della storia del paziente.

Prendersi cura del malato morente, significa prendersi cura della sua famiglia, informarla, "addestrarla" a far fronte alle necessità del paziente in nostra assenza e a gestire le eventuali urgenze, supportarla emotivamente.

A volte per i familiari, seguire un paziente morente a casa diventa un'enorme fatica nella casa, divenuta la dimora della morte e del dolore, bisogna continuare a vivere: accompagnare i figli a scuola, fare la spesa, sbrigare le pratiche burocratiche per ottenere i vari presidi necessari, fare la coda in farmacia, accudire il proprio caro ammalato, rassettare la casa, cucinare, stirare, lavare,... magari dopo aver passato una notte insonne.

Lo stress e l'ansia dei familiari possono ripercuotersi anche sul paziente, che potrebbe soffrire per il disagio che procura loro; l'equipe deve essere particolarmente attenta alle esigenze di ogni singolo paziente e deve essere in grado di valutare con lui le ipotesi di soluzione più adeguate a soddisfare le sue necessità e quelle della sua famiglia.

Affinchè i vissuti emotivi degli operatori possano essere elaborati e metabolizzati devono essere condivisi in equipe.

E' indispensabile che ogni singolo operatore possieda un forte senso di appartenenza al gruppo: solida struttura fatta di dialogo, di partecipazione viva, di fiducia. Ogni professionista deve avere una profonda coscienza professionale ed una adeguata formazione per affrontare con competenza e serenità le eventuali situazioni.

L'I.P. che opera in cure palliative deve possedere oltre ad una formazione specifica l'attitudine all'assistenza del morente; noi crediamo che solo se siamo stati capaci di darci delle risposte più o meno lucide, sulla morte e sul senso della vita, possiamo, più serenamente stare vicini a chi sta lasciando la vita.

L'attitudine non si può insegnare così come pure gli atteggiamenti.

Accompagnare il morente è un'occasione per ricevere dei preziosi insegnamenti da chi muore.

...."VORRESTE CONOSCERE IL MISTERO DELLA MORTE. MA COME LO SCOPRIRA' SE NON CERCANDOLO NEL CUORE DELLA VITA?

IL GUFO COI SUOI OCCHI NOTTURNI, CIECHI AL GIORNO, NON PUO' SVELARE IL MISTERO DELLA LUCE.

SE DAVVERO VOLETE CONTEMPLARE LO SPIRITO DELLA MORTE DOVETE SPALANCARE IL VOSTRO CUORE AL CORPO DELLA VITA.

POICHE' VITA E MORTE SONO UNA COSA SOLA. COSI' COME SONO TUTT'UNO IL FIUME E IL MARE....

GIBRAN KAHLIL GIBRAN
da "Il Profeta"

BIBLIOGRAFIA

P. Cattorini atti terzo convegno naz .Dolore e assistenza infermieristica , Cernobbio Novembre 1998

E. Manzoni, Storia e filosofia dell' assistenza infermieristica, Ed. Masson 1997

S. Notoli , L'esperienza del dolore . Le forme del patire nella cultura occidentale, Feltrinelli , Milano 1995

Codice Deontologico Federazione Nazionale Collegi Infermieri Professionali Assistenti Sanitari Vigilatrici d' Infanzia, approvato il 25/6/1977

M. Lusignani , Le ragioni dell' etica infermieristica, relazione tenuta al Convegno Società Italiana Neonatologia , Cernobbio 3 Maggio 1991

AAVV Adozione di un modello etico nella professione infermieristica, documento approvato dal C.E.F.F. , Milano 1993

1 E. Manzoni, Storia e filosofia dell'assistenza infermieristica, Ed. Masson 1997 Milano; pag.VII

2 Ibidem, pag. 281

3 M. Lusignani - Le ragioni dell'etica infermieristica, relazione tenuta al convegno Società Italiana di Neonatologia, Cernobbio - maggio 1991

4 Manzoni E. "L'infermiere e il morente", in D. Da Col (a cura di), Cure Palliative, Argomenti e concetti di base, Milano 1993

5 Carta dei diritti del malato.

IL PATTO INFERMIERE - CITTADINO

12 maggio 1996

Io infermiere mi impegno nei tuoi confronti a:

PRESENTARMI al nostro primo incontro, spiegarti che sono e cosa posso fare per te.

SAPERE chi sei, riconoscerti, chiamarti per nome e cognome.

FARMI RICONOSCERE attraverso la divisa e il cartellino di riconoscimento.

DARTI RISPOSTE chiare e comprensibili o indirizzarti alle persone e agli altri organi competenti.

FORNIRTI INFORMAZIONI utili a rendere più agevole il tuo contatto con l'insieme dei servizi sanitari.

GARANTIRE le migliori condizioni igieniche e ambientali.

FAVORIRTI nel mantenere le tue relazioni sociali e familiari.

RISPETTARE il tuo tempo e le tue abitudini.

AIUTARTI ad affrontare in modo equilibrato e dignitoso la tua giornata supportandoti nei gesti quotidiani di mangiare, lavarsi, muoversi, dormire, quando non sei in grado di farlo da solo.

INDIVIDUARE i tuoi bisogni di assistenza, dividerli con te, proporti le possibili soluzioni, operare insieme per risolvere i problemi.

INSEGNARTI quali sono i comportamenti più adeguati per ottimizzare il tuo stato di salute nel rispetto delle tue scelte e stile di vita.

GARANTIRTI competenza, abilità e umanità nello svolgimento delle tue prestazioni assistenziali.

RISPETTARE la tua dignità, le tue insicurezze e garantirti la riservatezza.

ASCOLTARTI con attenzione e disponibilità quando hai bisogno.

STARTI VICINO quando soffri, quando hai paura, quando la medicina e la tecnica non bastano.

PROMUOVERE e partecipare ad iniziative atte a migliorare le risposte assistenziali infermieristiche all'interno dell'organizzazione.

SEGNALARE agli organi e figure competenti le situazioni che ti possono causare danni e disagi.

CODICE DEONTOLOGICO

Testo approvato dal Comitato Centrale - Febbraio 1999

Durante l'ultimo Consiglio Nazionale di febbraio, è stato presentato ai Presidenti provinciali il testo del nuovo codice deontologico della Federazione Nazionale.

Riteniamo opportuno diffonderlo attraverso le pagine di Agorà, affinché tutti gli infermieri possano iniziare a studiare il nuovo codice, a fare riflessioni e considerazioni per poi interiorizzarlo come strumento professionale di lavoro.

1 - PREMESSA

1.1 - L'infermiere è l'operatore sanitario che, in possesso di diploma abilitante e dell'iscrizione all'Albo professionale, è responsabile dell'assistenza infermieristica.

1.2 - L'assistenza infermieristica è servizio alla persona e alla collettività. Si realizza attraverso interventi specifici, autonomi e complementari, di natura tecnica, relazionale ed educativa.

1.3 - La responsabilità dell'infermiere consiste nel curare e prendersi cura della persona, nel rispetto della vita, della salute, della libertà e della dignità dell'individuo.

1.4 - Il Codice deontologico guida

l'infermiere nello sviluppo della identità professionale e nell'assunzione di un comportamento eticamente responsabile. E' uno strumento che informa il cittadino sui comportamenti che può attendersi dall'infermiere.

1.5 - L'infermiere, con la partecipazione ai propri organismi di rappresentanza, manifesta la appartenenza al gruppo professionale, l'accettazione dei valori contenuti nel Codice deontologico e l'impegno a viverli nel quotidiano.

2 - PRINCIPI ETICI DELLA PROFESSIONE

2.1 Il rispetto dei diritti fondamentali dell'uomo e dei principi etici della

professione è condizione essenziale per l'assunzione della responsabilità delle cure infermieristiche.

2.2- L'infermiere riconosce la salute come bene fondamentale dell'individuo e interesse della collettività si impegna a tutelarla con attività di prevenzione, cura e riabilitazione.

2.3 - L'infermiere riconosce che tutte le persone hanno diritto ad uguale considerazione e le assiste indipendentemente dall'età, dalla condizione sociale ed economica, dalle cause di malattia.

2.4 - L'infermiere agisce tenendo conto dei valori religiosi, ideologici ed etici, nonché della cultura, etnia e sesso dell'individuo.

2.5 - Nel caso di conflitti determinati da profonde diversità etiche, l'infermiere si impegna a trovare la soluzione attraverso il dialogo. In presenza di volontà profondamente in contrasto con i principi etici della professione e con la coscienza personale, si avvale del diritto all'obiezione di coscienza.

2.6 - Nell'agire professionale, l'infermiere si impegna a non nuocere, orienta la sua azione all'autonomia e al benessere dell'assistito, di cui attiva le risorse anche quando questi si trova in condizioni di disabilità o svantaggio.

2.7 - L'infermiere contribuisce a rendere eque le scelte allocative, anche attraverso l'uso ottimale delle risorse. In carenza delle stesse, individua le priorità sulla base di criteri condivisi dalla comunità professionale.

3 - NORME GENERALI

3.1 - L'infermiere aggiorna le proprie conoscenze attraverso la formazione permanente, la riflessione critica sull'esperienza e la ricerca, al fine di migliorare la sua competenza.

L'infermiere fonda il proprio operato su conoscenze validate e aggiornate, così da garantire alla persona le cure e l'

assistenza più efficaci.

L'infermiere partecipa alla formazione professionale, promuove ed attiva la ricerca, cura la diffusione dei risultati, al

fine di migliorare l'assistenza infermieristica.

3.2 - L'infermiere assume responsabilità in base al livello di competenza raggiunto e ricorre, se necessario, all'intervento o alla consulenza di esperti. Riconosce che l'integrazione è la migliore possibilità per far fronte ai problemi dell'assistito; riconosce altresì l'importanza di prestare consulenza, ponendo le proprie conoscenze ed abilità a disposizione della comunità professionale.

3.3 - L'infermiere riconosce i limiti delle proprie conoscenze e competenze e declina la responsabilità quando ritenga di non poter agire con sicurezza. Ha il diritto ed in dovere di richiedere formazione e/o supervisione per pratiche nuove o sulle quali non ha esperienza; si astiene dal ricorrere a sperimentazioni prive di guida che possono costituire rischio per la persona.

3.4 - L'infermiere si attiva per l'analisi

dei dilemmi etici vissuti nell'operatività quotidiana e ricorre, se necessario, alla consulenza professionale e istituzionale, contribuendo così al continuo divenire della riflessione etica.

3.5 - L'agire professionale non deve essere condizionato da pressioni o interessi personali provenienti da persone assistite, altri operatori, imprese, associazioni, organismi. In caso di conflitto devono prevalere gli interessi dell'assistito.

L'infermiere non può avvalersi di cariche politiche o pubbliche per conseguire vantaggi per sé od altri.

L'infermiere può svolgere forme di volontariato con modalità conformi alla normativa vigente: è libero di prestare gratuitamente la sua opera, sempre che questa avvenga occasionalmente.

3.6 - L'infermiere, in situazioni di emergenza, è tenuto a prestare soccorso e ad attivarsi tempestivamente per garantire l'assistenza necessaria. In caso di calamità, si mette a disposizione dell'autorità competente.

4 - RAPPORTI CON LA PERSONA ASSISTITA

4.1 - L'infermiere promuove, attraverso l'educazione, stili di vita sani e la diffusione di una cultura della salute; a tal fine attiva e mantiene la rete di rapporti tra servizi e operatori.

4.2 - L'infermiere ascolta, informa, coinvolge la persona e valuta con la stessa i bisogni assistenziali, anche al fine di esplicitare il livello di assistenza garantito e consentire all'assistito di esprimere le proprie scelte.

4.3 - L'infermiere, rispettando le indicazioni espresse dall'assistito, ne facilita i rapporti con la comunità e le persone per lui significative, che coinvolge nel piano di cura.

4.4 - L'infermiere ha il dovere di essere informato sul progetto diagnostico terapeutico, per le influenze che questo ha sul piano di assistenza e la relazione alla persona.

4.5 - L'infermiere, nell'aiutare a sostenere la persona nelle scelte terapeutiche, garantisce le informazioni relative al piano di assistenza ed adegua il livello di comunicazione alla capacità del paziente di comprendere. Si adopera affinché la persona disponga di informazioni globali e non solo cliniche e ne riconosce il diritto alla scelta di non essere informato.

4.6 - L'infermiere assicura e tutela la

riservatezza delle informazioni relative alla persona. Nella raccolta, nella gestione e nel passaggio di dati, si limita a ciò che è pertinente all'assistenza.

4.7 - L'infermiere garantisce la continuità assistenziale anche attraverso l'efficace gestione degli strumenti informativi.

4.8 - L'infermiere rispetta il segreto professionale non solo per obbligo giuridico, ma per intima convinzione e come risposta concreta alla fiducia che l'assistito ripone in lui.

4.9 - L'infermiere promuove in ogni contesto assistenziale le migliori condizioni possibili di sicurezza psicofisica dell'assistito e dei familiari.

4.10 - L'infermiere si adopera affinché il ricorso alla contenzione fisica e farmacologica sia evento straordinario e motivato, e non metodica abituale di accudimento. Considera la contenzione una scelta condivisibile quando vi si configuri l'interesse della persona e inaccettabile quando sia una implicita risposta alle necessità istituzionali.

4.11 - L'infermiere si adopera affinché sia presa in considerazione l'opinione del minore rispetto alle scelte terapeutiche, in relazione all'età ed al suo grado di maturità.

4.12 - L'infermiere si impegna a promuovere la tutela delle persone in condizioni che ne limitano lo sviluppo e l'espressione di sé, quando la famiglia e il contesto non siano adeguati ai loro bisogni.

4.13 - L'infermiere che rilevi maltrattamenti o privazioni a carico della persona, deve mettere in opera tutti i mezzi per proteggerla ed allertare, ove necessario, l'autorità competente.

4.14 - L'infermiere si attiva per alleviare i sintomi, in particolare quelli prevedibili. Si impegna a ricorrere all'uso di placebo solo per casi attentamente valutati e su specifica indicazione medica.

4.15 - L'infermiere assiste la persona, qualunque sia la sua condizione clinica fino al termine della vita, riconoscendo l'importanza del confronto ambientale, fisico, psicologico, relazionale, spirituale. L'infermiere tutela il diritto a porre dei limiti ad accessi diagnostici e terapeutici non coerenti con la concezione di qualità della vita dell'assistito.

4.16 - L'infermiere sostiene i familiari dell'assistito, in particolare nel momento della perdita e nella elabo-

razione del lutto.

4.17 L'infermiere non partecipa a trattamenti finalizzati a provocare la morte dell'assistito, sia che la richiesta provenga dell'interessato, dai familiari o da altri.

4.18 L'infermiere considera la donazione di sangue, tessuti ed organi un'espressione di solidarietà. Si adopera per favorire informazione e sostegno alle persone coinvolte nel donare e nel ricevere.

5 - RAPPORTI PROFESSIONALI CON COLELGI E ALTRI OPERATORI

5.1 L'infermiere collabora con i colleghi e gli altri operatori, di cui riconosce e rispetta lo specifico apporto all'interno dell'equipe.

Nell'ambito delle proprie conoscenze, esperienze e ruolo professionale contribuisce allo sviluppo delle competenze assistenziali.

5.2 L'infermiere tutela la dignità propria e dei colleghi, attraverso comportamenti ispirati al rispetto e alla solidarietà. Si adopera affinché la diversità di opinione non ostacoli il progetto di cura.

5.3 l'infermiere ha il dovere di autovalutarsi e di sottoporre il proprio operato a verifica, anche ai fini dello sviluppo professionale.

5.4 Nell'esercizio autonomo della professione l'infermiere si attiene alle norme di comportamento emanate dai Collegi IPASVI; nella definizione del proprio onorario rispetta il vigente nomenclatore tariffario.

5.5 L'infermiere tutela il decoro del proprio nome e qualifica professionale anche attraverso il rispetto delle norme che regolano la pubblicità sanitaria.

5.6 L'infermiere è tenuto a segnalare al Collegio ogni abuso o comportamento contrario alla deontologia, attuato dai colleghi.

6 - RAPPORTI CON LE ISTITUZIONI

6.1 L'infermiere ai diversi livelli di responsabilità, contribuisce ad orientare le politiche e lo sviluppo del sistema sanitario, al fine di garantire il rispetto dei diritti degli assistiti, l'equo utilizzo delle risorse e la valorizzazione del ruolo professionale.

6.2 L'infermiere compensa le carenze della struttura attraverso un comportamento ispirato alla cooperazione, nell'interesse dei cittadini e dell'istituzione. l'infermiere ha il dovere di opporsi alla compensazione quando vengano a mancare i caratteri della eccezionalità o venga pregiudicato il suo prioritario mandato professionale.

6.3 L'infermiere ai diversi livelli di responsabilità, di fronte a carenze o disservizi provvede a darne comunicazione e per quanto possibile, a ricreare la situazione più favorevole.

6.4 L'infermiere riferisce a persona competente e all'autorità professionale qualsiasi circostanza che possa pregiudicare l'assistenza infermieristica o la qualità delle cure, con particolare riguardo agli effetti sulla persona.

6.5 l'infermiere ha il diritto e il dovere di segnalare al Collegio le situazioni in cui sussistono circostanze o persistono condizioni che limitano la qualità delle cure o il decoro dell'esercizio professionale.

7 - DISPOSIZIONI FINALI

7.1 Le norme deontologiche contenute nel presente codice sono vincolanti: la loro inosservanza è punibile con sanzioni da parte del Collegio professionale.

7.2 I Collegi IPASVI si rendono garanti, nei confronti della persona e della collettività, della qualificazione dei singoli professionisti e della competenza acquisita e mantenuta.

PROTEZIONE CIVILE

di Carlo Achler e Simona Colombo

Il 29 aprile si è svolto a Milano un incontro riguardante CIVES, atto a fare il punto della situazione: attualmente nella Regione Lombardia solamente due Collegi hanno costituito il Nucleo Provinciale.

Sarebbe nostro obiettivo cercare di costituirlo anche in provincia di Como, per dare uno slancio definito al progetto.

Al 31 maggio siamo in possesso di 14 nominativi: ne mancano altri 6 per raggiungere il numero necessario alla costituzione del Nucleo Provinciale.

E' importante sottolineare che, in base ad una delibera del Consiglio Direttivo del Collegio IPASVI per i primi 50 soci CIVES, la quota associativa per il 1999 (£50.000) è a carico del Collegio.

Pertanto, chi fosse interessato all'iscrizione, entro il 30 giugno, può compilare la scheda di adesione che è disponibile presso la segreteria del Collegio.

Per informazioni:

Colombo Simona - c/o Centrale Operativa 118 - Az. Osp. S. Anna (CO)

Achler Carlo - c/o Unità Coronarica Az. Osp. S. Anna (CO)

Segreteria Collegio IPASVI.

XII
CONGRESSO
NAZIONALE
IPASVI

LA STAGIONE DELLA RESPONSABILITA'

"Dopo gli anni della crescita, della riflessione, delle lotte, anche dure, per vedere riconosciuta l'identità della nostra professione, per noi infermieri questa è la stagione della responsabilità: perchè per essere realmente autonomi bisogna, prima di tutto, essere e sentirsi responsabili in prima persona di quello che si fa, e dimostrarlo sul campo, mettendo in pratica, giorno per giorno, le proprie *responsabilità*. Ciascuno di noi lo sa: insieme, **a Rimini, dal 15 al 17 ottobre**, daremo a questo valore la forza di un impegno condiviso".

F E D E R A Z I O N E N A Z I O N A L E C O L L E G I I P A S V I

XII CONGRESSO NAZIONALE IPASVI RIMINI - 15/17 OTTOBRE 1999

Per informazioni:
Federazione Nazionale Collegi IPASVI
Via Agostino Depretis, 86
00184 Roma

Tel. 064817516

fax 064825382

ASVAP 5 Como

Associazione Volontari Aiuto Ammalati Psicici
Suello LC Tel.e fax: 031658232
e-mail: asvap.como@pn.itnet.it

Seminario degli ex-O.P.

Ex- O.P. Paolo Pini
29 maggio 1999

L'associazione è intervenuta al convegno con il contributo "dimissioni dal S.Martino di Como e nuova collocazione dei pazienti", notando diversi aspetti che crediamo possano essere da stimolo per un dibattito:

1. Punto normativo e logistico.

Pare che le dimissioni non siano state ottenute sempre con il pieno consenso dei famigliari. Alle volte su questi sono state fatte forzature soprattutto a riguardo delle destinazioni assegnate ai loro congiunti, accettate "obtorto collo".

Pazienti, psichiatri e operatori del settore avrebbero potuto essere coinvolti nelle scelte; la sinergia con gli stessi famigliari e l'associazione volontari, avrebbero sicuramente prodotto inserimenti più soddisfacenti nelle nuove strutture.

2. Dal punto di vista amministrativo.

Con soddisfazione, ma attenta vigilanza, risulta che, ovunque collocati, i pazienti siano a carico del Servizio Sanitario Regionale (come previsto dalla circolare del 26/2/99)

3. Dal punto di vista umanitario e sociale.

L'obiettivo di inserire i pazienti

nella vita familiare e nella normalità è ancora lungi da ottenere. Il disagio imposto ai degeni e famigliari dell'ex O.P. di Como è stato spesso pesante:

- due pazienti suicidati al pensiero del cambiamento;
- pazienti in continuo spostamento tra i reparti delle strutture che li ospitano senza trovarsi mai a proprio agio.

L'ASVAP di Como è impegnata a verificare la qualità del trattamento nei centri dove sono collocati gli ex pazienti del S. Martino.

Già giungono segnalazioni di sovrappopolamento in qualche centro o di promiscuità tra pazienti di diverse patologie con grave pericolo di influire negativamente sullo stato dei meno gravi.

4. Dal punto di vista politico.

La riconversione della struttura del S. Martino in Como pare debba essere di dominio di pochi.

Non c'è mai stata nessuna riunione pubblica sulla riconversione dell'ospedale psichiatrico: tutte le iniziative messe in campo mirano ad ottenere il tacito assenso dell'opinione pubblica perché il S. Martino venisse svuotato e quindi liberato da pesanti vincoli funzionali.

Al contrario, il progetto di riconversione e superamento non è mai stato illustrato alla cittadinanza di Como con una pubblica assemblea (salvo una breve conferenza dicomu-

nicazione a cose fatte!).

Molti cittadini, associazioni, partiti... non erano neppure a conoscenza della reale consi-

stenza della struttura, come ad esempio del fatto di ospitare (sino al 1997) addirittura una popolazione di circa 400 ricoverati.

CONCLUSIONI

Pertanto si ritiene necessario indicare, al Coordinamento Lombardo Psichiatria, il compito di preparare un documento con chiare proposte:

- progettazione di un modello di partecipazione e coinvolgimento dei famigliari; costruzione della carta dei servizi sanitari per tutti i centri che si prendono in cura persone con disagi psichici;
- definizione di livelli di assistenza entro e oltre i quali debba essere prevista una partecipazione della spesa in rapporto al reddito dell'utente. La spesa sarà subordinata al progetto personale e individualizzato di cura e/o assistenza indicazioni sull'accreditamento presso i centri: prendersi carico di una persona non è solo un fatto burocratico, ma implica il prendersi carico essenzialmente della sua storia;
- superamento della mentalità che l'appartenenza a fasce diverse (A-B) non significa essere cittadini di serie A o di serie B
- promozione a tutti i livelli di vera informazione sulla malattia mentale e preparazione nelle agenzie educative e nei centri di aggregazione per prevenire e curare il disagio per tempo.

QUESTIONARIO

Questo è il penultimo numero ordinario, per l'attuale consiglio direttivo, di Agorà. Dopo 7 numeri e 18 mesi di vita vorremmo cercare di trarre alcune indicazioni su come prospettare il futuro di questo canale informativo nuovo per il nostro territorio.

Vorremmo pertanto richiedere qualche minuto della vostra attenzione da dedicare alla compilazione di questo breve questionario:

Quali delle varie rubriche proposte in questi numeri ritenete la più interessante e che richiederebbe un potenziamento?

Come valutate i contributi infermieristici proposti?

molto interessanti interessanti mi sono indifferenti per nulla interessanti

Perchè?

Quali argomenti di carattere infermieristico credete siano carenti?

Come valutate la presenza di associazioni operanti sul territorio all' interno della rivista?

Quali altre realtà credete siano interessanti da contattare?

Quali critiche vorreste fare alla rivista?

Grazie.

Vi preghiamo di far pervenire le vostre risposte ad uno degli indirizzi pubblicati qui sotto.



Direttore Reponsabile Barbara Mangiacavalli

Sede, Redazione, Amministrazione

Collegio IPASVI Como V.le Cesare 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

NUOVA URL IN VIA DI DEFINIZIONE

“Quello che per anni hai costruito potrebbe essere distrutto in un attimo.
Non importa, costruisci!”

Si avvicina la scadenza del mandato che questo Consiglio Direttivo ha ricevuto per interpretare e rappresentare le istanze degli Infermieri Professionali, Assistenti Sanitari, Vigilatrici d’Infanzia iscritti all’albo professionale della nostra provincia.

Questo spazio però non è dedicato a bilanci bensì ad ulteriore proposta finalizzata, da una parte , a sollecitare la disponibilità di iscritti motivati e disponibili a dedicare risorse personali e professionali alla candidatura nel prossimo Consiglio, d’altra parte, a rendere più agevole il momento elettorale identificando in anticipo i colleghi che intendono proporsi per questo servizio, rendendo così più facile il consenso ed evitando la dispersione di voti.

La proposta si concretizza nella scheda che qui è presentata:

Cognome e Nome _____

Qualifica _____

Sede di lavoro _____

Esperienze formative e/ o professionali significative _____

Ai colleghi che intendono proporre la loro candidatura si chiede di compilarla e recapitarla alla Sede del Collegio **entro la fine del mese di settembre** (prevedendo la convocazione dell’Assemblea degli iscritti per l’elezione dei membri del nuovo Consiglio Direttivo nel mese di gennaio 2000). L’esperienza di un triennio in Consiglio val bene l’onere che questa attività comporta. Essa permette di conoscere a fondo le problematiche dell’essere infermiere nel nostro territorio oggi, la visione allargata della professione nelle sue multiformi realtà regionali, indirizzi strategici della Federazione Nazionale dei Collegi. Innegabile dunque l’arricchimento che ne deriva, altrettanto innegabili le difficoltà che si incontrano nel realizzare quanto si vorrebbe in modo ottimale ed apprezzabile dai colleghi;

“MA NON IMPORTA, COSTRUISCI!”

INVIATE LE VOSTRE CANDIDATURE, PROPOSTE, CRITICHE A:

Collegio IPASVI Como
Viale Cesare BATTISTI,8
22100 COMO

telefono: 031300218 - fax e segreteria telefonica: 031525438

e-mail: ipasvico@tin.it