



Posta e risposta

36

a cura di Stefano Criterio

Obbligo dei crediti ecm e lavoro all'estero

D.: Buonasera, sono un'infermiera iscritta al vostro collegio e presto inizierò a lavorare in Svizzera. Vorrei rivolgermi la seguente domanda: è ancora obbligatorio per me partecipare agli eventi ECM e completare i crediti annuali? Eventualmente, verranno accreditati anche dei corsi frequentati in Svizzera (logicamente con dei requisiti idonei)?
Prazie per la vostra disponibilità.

R.: Gentile collega, gli operatori sanitari, aventi obbligo ECM, che soggiornano all'estero per giustificati motivi (per esempio legge N. 26 dell'11 febbraio 1980) o per attività lavorative svolte, sono esonerati dall'obbligo dell'ECM.

Le ricordo che occorre conservare la documentazione comprovante la facoltà della fruizione dell'esonero, data l'impossibilità di frequentare i corsi. L'esonero dall'obbligo di acquisire i crediti è valido per tutto il periodo (anno di riferimento) in cui i soggetti interessati usufruiscono o sono assoggettati alle predette disposizioni.

Occorre specificare che: nel caso in cui il periodo di assenza dal lavoro ricadesse a cavallo di due anni, l'anno di validità per l'esenzione dai crediti sarà quello in cui il periodo di assenza risulta maggiore.

Eventuali crediti percepiti nell'anno di esenzione non possono essere portati in detrazione per l'anno successivo, in quanto vengono assorbiti dal diritto di esonero vantato dall'operatore.

Gli eventi formativi che si svolgono all'estero devono essere preventivamente accreditati dalla Commissione E.C.M. a cura della corrispondente società scientifica, associazione professionale, ordine o collegio professionale italiani.

Cordiali saluti.

Meglio la formazione di oggi o di ieri?

D.: Sono un'infermiera diplomata dal 1996 vecchia scuola regionale, ho frequentato l'ultimo triennio che il Sant'Anna offriva prima del primo anno sperimentale del corso di laurea in scienze infermieristiche; allora esisteva il così detto assegno studio una sorta di incentivo che la regione aveva escogitato per incrementare il numero di iscritti in un momento di notevole carenza infermieristica, qualcuno si orientava verso questa professione proprio per questo, ma allora la scuola era strutturata diversamente, il tirocinio pratico era tale da mostrare da subito il lato bello e anche quello più duro di questo lavoro, i primini si misuravano subito con l'assistenza diretta al paziente. Molti infatti si ritiravano dalla scuola perchè toccando con mano la realtà dei reparti e soprattutto vedendo che un'infermiere non è solo alle prese con cartelle e siringhe, ma soprattutto con i pazienti e i loro bisogni, capivano di non aver scelto il lavoro giusto.

La scuola quindi era più selettiva continuavano solo i più motivati.

Oggi forse non è più così, il corso di laurea culturalmente avrà certo arricchito i futuri infermieri, ma l'iter universitario cela sicuramente alcuni aspetti della professione, forse più duri da superare e soprattutto chi inizia questo corso dopo un liceo lo fa per esclusione o come uno dei vari tentativi fra i test d'ingresso delle facoltà, non certo perchè davvero sceglie di fare questo lavoro.

allora CHI SIAMO NOI??? Futuri infermieri generici come quelli=2 0che incontravamo ancora noi nei reparti, quelli della vecchia scuola prima che diventasse PROFESSIONALE???

Quando fu proposto questo corso universitario molti di noi erano spaventati perchè temevano di diventare infermieri di seconda categoria, oggi non mi sento così, perchè la mia motivazione ed esperienza professionale mi suggerisce di conti-



nuare questo mestiere, ma davvero gli infermieri professionali della scuola regionale sono a pari merito con quelli del corso di laurea con specializzazioni master universitari...

Gli ultimi diplomati sono del 1996 poco più che trentenni con una attività lavorativa ancora lunga, come si evolveranno le cose, che cosa diventeremo noi???

R.: Gentile Collega,

tu poni una serie di riflessioni sull'evoluzione delle formazioni infermieristica dal livello Regionale a quello Universitario che, come tutti i cambiamenti, contiene sia punti di forza che di debolezza e di questo è giusto essere consapevoli. Volevo cogliere occasione della tua interessante lettera per sottolineare alcune riflessioni.

Se, come infermieri, vogliamo qualificarci come professionisti, la formazione richiesta non può che essere di livello Universitario. Oggi, grazie a quel percorso intrapreso agli inizi degli anni novanta, vi sono degli infermieri che possono acquisire la laurea Magistrale oppure master di 1 e 2 livello relativi a competenze specialistiche sia nell'ambito clinico che organizzativo/manageriale con possibilità di sviluppi di carriera fino a diversi anni fa impensabili per gli Infermieri.

Certo, questi percorsi di carriera sono ancora agli inizi, da sviluppare e consolidare ma rappresentano una possibilità di accrescere lo status della professione e renderla più appetibile anche ai giovani. Sono come dei semi che, prima o poi, germoglieranno.

Purtroppo, la formazione Universitaria ha acquisito anche quelli che sono i limiti delle Università Italiane di oggi e che in parte hai sottolineato nella tua lettera. Va detto che le sedi Universitarie dei Corsi di infermieristica spesso hanno assorbito le competenze di chi già lavorava nei corsi Regionali e il contributo degli infermieri di corsia alla formazione è ancora molto elevato. Ricordiamoci che il corso per infermiere prevede 4600 ore di cui 3000 di tirocinio. E nonostante oggi, quelle effettive siano ridotte rispetto al passato, l'incidenza del modello di infermiere che gli studenti incontrano durante il loro tirocinio è probabilmente l'aspetto più influente sul comportamento che avranno da professionisti e anche sulle motivazioni che giustificano l'esercizio di una "professione di servizio" come la nostra. Questo interroga ciascuno di noi sulla responsabi-

lità di ognuno rispetto alla formazione, che non può essere delegata solo a coloro che "lavorano a scuola".

Per questo mi pare più importante evidenziare le motivazioni di chi continua a fare l'infermiere piuttosto di coloro che iniziano il percorso. Le motivazioni con cui i ragazzi di oggi scelgono il nostro percorso ritengo siano lo specchio della società attuale più che un problema specifico di chi sceglie di fare l'infermiere.

Le motivazioni di chi continua a fare l'infermiere, distinguono una professione interessante, bella, che vale la pena di esercitare, rispetto ad una occupazione determinata solo dalla fatica e dal sacrificio che implica oppure subita come un lavoro necessario per vivere.

La dignità della nostra professione si gioca qui, deriva dal perché NOI continuiamo a fare questo lavoro, dal valore che ognuno di noi attribuisce, ogni giorno, a ciascun gesto di assistenza che facciamo.

Solo se questo valore è positivo potremo pensare di incontrare gente contenta o desiderosa di iniziare la nostra stessa esperienza e, probabilmente, il futuro della nostra professione potrà essere migliore.

Rispetto alla "durezza e selettività del corso", hai ragione a ricordare che la "scuola infermieri" era dura e selettiva ma, ti porto l'esempio della sede formativa della nostra città dove negli ultimi 4 anni accademici la % dei laureati/rispetto agli immatricolati al primo anno di corso varia da un minimo del 44% ad un max del 76%. Vuol dire che, quando va bene, uno su quattro non si laurea. E ti assicuro che rispetto a tutti gli altri studenti Universitari i "nostri" sono ben più tartassati. Basti pensare che hanno solo un mese di vacanza rispetto alla media degli altri studenti.

Gli "infermieri professionali" di ieri non hanno nulla da invidiare ai laureati di oggi anche se forse dovremmo smetterla di ragionare per compartimenti, separando il prima dal poi, ieri da oggi. Siamo UNA professione fatta di tante persone ognuno con la sua particolarità e con il suo bagaglio culturale che non dipende certo solo dalla formazione che abbiamo ricevuta.

Chi siamo e cosa diventeremo dipende anche un po' da questo.

Un caro saluto.



Documentazione infermieristica: chi la deve redigere?

D.: Caro Presidente, ho una domanda da farti: di chi è la responsabilità e a chi spetta la decisione circa la grafica e il contenuto della documentazione infermieristica? La decisione sull'utilizzo della documentazione infermieristica aziendale è di competenza del Direttore dell' U.O.? Che autonomia decisionale ha il personale infermieristico sulla scelta della documentazione di sua competenza? Ho avuto mandato dal Primario di organizzare un incontro con tutto il personale infermieristico, avente come oggetto dell'incontro proprio la documentazione inf.. Sarebbe cosa gradita avere una tua risposta prima di quell'incontro.

Un grazie mille in anticipo.

R.: Gentile Collega, in riferimento al quesito che mi hai inoltrato ti rispondo rapidamente, vista la tua urgenza, riservandomi, se lo vorrai, un parere più articolato e approfondito in seguito.

Già la definizione di Cartella Clinica intesa come un "fascicolo che per ogni episodio di ricovero, consta di una pluralità di documenti recanti informazioni relative alla persona assistita e alle attività clinico - assistenziali poste in essere da personale a ciò abilitato" (Manuale della Cartella Clinica Regione Lombardia - 2° edizione -2007) connota la cartella clinica come un insieme di documenti che coinvolgono diversi professionisti abilitati all'esercizio di professioni differenti, ciascuno con la propria responsabilità e competenza.

Sempre il Manuale della CC della Regione Lombardia (punto 3.1) chiarisce che hanno titolo per la redazione dei documenti "tutti i professionisti sanitari che, nel rispetto delle competenze loro proprie, siano chiamati ad assumere decisioni incidenti sull'assistito o ad attuare prestazioni in favore dello stesso (es. medici, infermieri, fisioterapisti, ostetriche)". La documentazione infermieristica che entra a far parte della Cartella Clinica non può che essere redatta e decisa dai professionisti destinati ad utilizzarla conformemente ad eventuali indirizzi aziendali di cui vale la pena sempre di tenere conto. Se vi sono documenti condivisi tra più professionisti è necessario un accordo tra gli utilizzato-

ri che garantisca la funzionalità della scheda integrata e la corretta attestazione della parte di processo di competenza (es. foglio unico di terapia, foglio di diario comune) sempre nel rispetto delle reciproche attribuzioni. Vale anche la pena di considerare che ciascuna U.O. è inserita in un sistema complesso, l'Azienda Ospedaliera, del quale non è possibile non tener conto soprattutto nel caso in cui vi siano scelte Aziendali già codificate.

Credevo che l'approccio migliore a questi tipi di problemi sia quello di un confronto approfondito su questioni che attengono la possibilità di espressione della professionalità di tutti i soggetti coinvolti nonché della funzionalità della documentazione al servizio da rendere al cittadino.

Spero di esserti stato di aiuto, resto in attesa di un riscontro o di una ulteriore richiesta di approfondimento.

Cordiali saluti.

Turno di riposo

D.: Lavoro in una struttura privata accreditata. Esiste una normativa che regola le ore di riposo minime e dopo il turno notturno? Sono lecite due notti consecutive o il lavoro dopo lo smonto notte?

R.: Sì, i turni sono leciti se vi sono 11 ore di stacco tra un turno e l'altro e se vi sono almeno 24 ore di riposo (da aggiungere alle 11) almeno ogni 14 giorni (come modificato dall'ultima finanziaria). Possibilità di deroghe alle 11 ore vi sono nei contratti integrativi aziendali, quindi deve verificare nel contratto integrativo aziendale se vi è eventuale deroga.

Il riferimento principale è il D.L.vo 66/2003 e succ. modifiche, oltre al Contratto di lavoro ARIS/AIOP della sanità privata.

Cordiali saluti.

D.: Lavoro in un reparto di Urologia, chiedo se la sostituzione dei cateteri per ureterocutaneostomia (UCS): è una manovra infermieristica?

Con quali tipi di catetere?

Quelli più comunemente usati sono: Foley di silicone n° 12 - 14,,Foley pediatrici,,Cateteri autostatici, Stent ureterali Mono J.

Grazie per la collaborazione.



R.: Ciò che determina il campo proprio di attività e responsabilità dell'infermiere, come indicato dalla legge 42/99, è:

- il profilo professionale dell'Infermiere (DM 739/1994);
- gli ordinamenti didattici dei rispettivi corsi di diploma universitario (oggi laurea triennale) e di formazione post-base;
- il codice deontologico;
- con l'ulteriore limite che impone il rispetto delle competenze previste per le professioni mediche e per le altre professioni del ruolo sanitario.

Posto che la sostituzione di questi cateteri (o tutori) non si configura come atto esclusivo di competenza medica o di altre professioni, esso può rientrare nelle competenze infermieristiche sia come risposta al bisogno di eliminazione urinaria sia come procedura diagnostico/terapeutica da garantire da parte dell'infermiere, in questo caso necessita di prescrizione medica.

L'ordinamento didattico non fa esplicito riferimento a tale manovra tra le competenze da insegnare/acquisire. Interessante invece, a questo proposito diventa la formazione post-base effettuata da diversi infermieri (i c.d. enterostomisti) che comprende a pieno titolo anche l'acquisizione di tali manovre per questi colleghi.

È prassi comune osservare, dove esistono centri

specializzati e attivi, che negli ambulatori di riabilitazione atomizzati afferiscono non solo i pazienti portatori di enterostomie ma anche quelli con stomie urinarie di vario genere comprese le ureterocutaneostomie.

In questi centri l'infermiere addetto (che ha frequentato il corso specifico) provvede anche alla sostituzione periodica di questi tutori/cateteri. La presenza del medico garantisce l'intervento o la consulenza in caso di particolari difficoltà o problemi.

In questo senso risulta essenziale la conoscenza della situazione clinica del paziente, il tipo di intervento chirurgico, le possibili complicanze sia in senso generale che sul caso specifico che si sta trattando.

Il Codice deontologico agli articoli 3.1, 3.2 e 3.3 raccomanda all'infermiere di aggiornarsi per fondare il proprio operato su conoscenze validate, intervenire in base al livello di competenza raggiunto, ricorrendo alla consulenza di esperti qualora il livello di formazione non consenta di agire in sicurezza. Il Codice deontologico richiama anche il diritto dovere di richiedere formazione e/o supervisione per pratiche nuove o sulle quali l'infermiere non ha esperienza.

Per tutte queste ragioni prima di attribuire tali attività all'infermiere è imprescindibile garantire, tramite un percorso formativo teorico/pratico formalizzato, il possesso di tali competenze.