

INFERMIER

notizie dal collegio

 COLLEGIO PROVINCIALE DI
VICENZA
Anno XV Numero 1



INFORMATI

IL TEMPO DELL'ASSISTENZA: STANDARD ASSISTENZIALI & VALORI DI RIFERIMENTO

Editoriale

Tempi di assistenza e competenze avanzate: binomio possibile?

Formazione

Eventi culturali e corsi ECM del 1° semestre

Approfondimento

La ricetta per curare il nostro SSN passa attraverso gli infermieri.

Libreria

“Assistenza infermieristica: filosofia e scienza del CARING”

Angolo Giuridico

- Consegna infermieristica
- Ricusazione

norme editoriali

Infermieri Informati pubblica aggiornamenti, comunicazioni brevi, note di attualità, rassegne il cui contenuto sia di chiaro interesse professionale-scientifico infermieristico. Verranno presi in considerazione solo lavori originali (non pubblicati in precedenza) e che non verranno successivamente pubblicati altrove. La responsabilità del contenuto scientifico è esclusivamente degli Autori. La pubblicazione del materiale è subordinata al giudizio insindacabile della Redazione, la quale si riserva la facoltà di apporre piccole modifiche nel contenuto e/o nella forma.

Note tecniche: il materiale dovrà pervenire in formato elettronico

(Word o Rtf) via e-mail con oggetto "Proposta di pubblicazione" all'indirizzo vicenzaipasvi@vicenzaipasvi.it o su CD, completo di eventuali tabelle, immagini allegate (segnare nel testo, tra parentesi quadre e in grassetto, il punto di inserimento di ogni allegato). I lavori originali vanno scritti con interlinea 1,5, su una sola facciata, con pagine numerate progressivamente.

Nella prima pagina saranno indicati: il titolo, il nome (per esteso), il cognome degli autori, qualifiche professionali ed Ente di appartenenza. Sempre nella prima pagina dovrà comparire il recapito dell'autore (preferibile l'indirizzo di posta elettronica).

In particolare per la sezione "Approfondimenti" è consigliabile la presenza di un riassunto in italiano e preferibilmente anche in inglese con relative parole chiave. Eventuali ringraziamenti saranno posti alla fine dell'articolo prima della bibliografia. Le tabelle andranno citate in estenso nel testo e con numeri arabi (ad es. tabella 1, figura 1, tutto minuscolo). Se si usano parole straniere è bene ricordare che non si declina mai (ad es. caregiver e non caregivers).

La Bibliografia, secondo Vancouver Style, va inserita nell'ultima pagina e va numerata nell'ordine con cui le singole voci vengono citate nel testo.

I richiami, nell'articolo, vanno in numerazione araba.

Per le riviste: Autori (cognome e iniziale del nome). Titolo dell'articolo. Titolo della rivista; anno e dopo il punto e virgola (;) il volume. A seguito due punti (:): pagine. Non è obbligatorio indicare il numero del fascicolo.

Ad esempio:

Storti M, Dal Santo P, Zanolin ME. A comparison study between two pain assessment scales for hospitalized and cognitively impaired patients with advanced dementia. Prof Inferm 2008; 61: 210-5.
Per i libri: Autori (cognome e iniziale del nome). Titolo. Editore, città di edizione e anno di edizione.

- EDITORIALE
- FORMAZIONE
- APPROFONDIMENTI
- RASSEGNA STAMPA
- ANGOLO GIURIDICO
- LIBRERIA
- STORIA

ISSN 1721-2456
Quadrimestrale,
Anno XV Numero 1

Direttore responsabile
Gianmaria Fanchin

Redazione
**Storti Matteo, Dal Degan Sonia,
Pegoraro Federico**
c/o Collegio IPASVI di Vicenza

Responsabile editoriale
Collegio IPASVI di Vicenza
Viale Trieste 29/c – 36100 Vicenza
Tel. 0444 303313 Fax. 0444514311
e-mail vicenzaipasvi@vicenzaipasvi.it

Progetto grafico
Net evolution Srl
www.net-evolution.com

Stampa
Officina Grafica Aldighieri Snc
www.aldighieritipografia.it

Diritti
Tutti i diritti sono riservati.
È vietata la riproduzione,
anche parziale, senza
l'autorizzazione dell'editore.

Foto:
Archivio Ipasvi Vicenza



Editoriale	4
Piano Formativo del 1° semestre 2014	5
La ricetta per curare il nostro SSN	8
Protocollo dello Studio Cross Sectional su anziani con demenza residenti in casa di riposo	11
Rassegna Stampa	12
Angolo Giuridico	15
Fresco di lettura	16
Implementazione della Behavior Based Safety (B-BS) processo di auto osservazione	18
Storia dell'assistenza infermieristica	20
Il tempo dell'assistenza Infermieristica: standard assistenziali e valori di riferimento	23

Piano Formativo 1° semestre 2014

“Education is the most powerful weapon which you can use to change the world”
L'educazione è l'arma più potente che puoi usare per cambiare il mondo.

Nelson Mandela

Tempi di assistenza e competenze avanzate: binomio possibile?

Cara/o collega

Il secondo semestre del 2013 e gli inizi di questo nuovo anno sono stati significativi rispetto a due tematiche di particolare interesse per la professione, una di livello regionale l'altra di livello nazionale.

Fin dallo scorso settembre il Direttivo del Collegio IPASVI di Vicenza è stato particolarmente coinvolto nella valutazione di un documento, ora divenuto Delibera regionale (anche se non ancora definitivamente pubblicata perché sottoposta ad un parere da parte della V commissione regionale “Sicurezza sociale - Igiene - Sanità - Assistenza”), in merito alla “Definizione dei valori minimi di riferimento per il personale di assistenza del comparto dedicate alle aree di degenza ospedaliera”. Nei mesi autunnali molte occasioni di incontro con il Consiglio prima e con i colleghi del Coordinamento regionale poi, hanno esitato in una posizione di Coordinamento comunicata alla Segreteria Regionale per la Sanità che dichiarava gli elementi fondamentali sostenuti dalla rappresentanza professionale e ritenuti irrinunciabili per un'adeguata tutela del cittadino e del professionista infermiere. Come noto, il 30 dicembre scorso è stato divulgato il testo definitivo della delibera, che ha scatenato un “chiasso mediatico” con numerose prese di posizione critiche (compresa quella del Collegio di Vicenza); la discriminante oggetto del dibattito è il cosiddetto acronimo TEMA, ossia il “Tempo di erogazione dei minuti di assistenza” per paziente al giorno, che identifica i tempi, in minuti di assistenza giornaliera, da dedicare al paziente nelle diverse aree di degenza ospedaliera.

In particolare nei contesti di base – dove si prevede un tempo di assistenza pari a 185 minuti -, le realtà operative sarebbero esposte ad un serio rischio di riduzione dell'organico con effetti negativi sulla sicurezza del paziente, anche secondo quanto disponibile e documentato nella più recente letteratura, che evidenzia come tempo minimo di adeguata tutela 200 minuti di assistenza paziente/giorno, con un rapporto non superiore al 30% del personale di supporto.

L'opportunità di un'audizione in V commissione ha stimolato ulteriormente il Collegio di Vicenza a rinforzare i punti fermi con i colleghi del Coordinamento, ribadendo la criticità di un metodo di rilevazione che punta ad uniformare la dotazione organica di alcune aziende a tutte le realtà regionali, senza considerare

altri parametri di riferimento (in primis la diversificazione rispetto alla complessità/intensità assistenziale dei pazienti, ma anche le specifiche variabili organizzative aziendali come i percorsi clinici, i modelli organizzativi, la tecnologia, l'informatizzazione, la logistica).

Anche sulla base di quanto dichiarato nella stampa da parte dell'assessore regionale alla sanità Luca Coletto, il quale ha proposto che i valori di assistenza dichiarati “minimi” (ma che si teme possano tramutarsi in standard di riferimento, con logiche e pericolose conseguenze per pazienti e professionisti) elaborati dalla Regione Veneto vengano inseriti nel Patto per la Salute, divenendo riferimento per tutta le Regioni italiane, rimane altissimo il livello di attenzione da parte dei Collegi rispetto alla deliberazione definitiva, che si auspica accolga e contenga le osservazioni proposte.

L'altra tematica, di interesse nazionale, riguarda le competenze specialistiche dell'infermiere.

L'argomento, dopo una fase iniziale molto dibattuta, aveva avuto un rallentamento di visibilità, riaccesosi nell'autunno scorso grazie alla presentazione della c.d. “Cabina di Regia”, che butta le basi per il successivo passaggio in Conferenza Stato-Regioni rispetto all'articolato sulle competenze avanzate dell'infermiere.

Molti si sono presi la libertà di scrivere sui media diverse argomentazioni negative rispetto agli intenti di qualificazione avanzata delle competenze infermieristiche, cercando di far evidenziare quanto questi fossero assolutamente inappropriati rispetto al “tradizionale” mandato professionale; La Federazione IPASVI ha sempre risposto con forza e coerenza ai diversi attacchi, dichiarando “si recludono pure improbabili armate; noi continuiamo – senza accettare provocazioni – nel nostro percorso, disponibili ad un confronto serio e costruttivo con tutti, OSS, medici, altre professionisti e rappresentanti dei cittadini, nella ferma convinzione che un infermiere più formato e più qualificato serva ai singoli e alla collettività. Che di un infermiere con aggiornate, innovative e specialistiche competenze si possano giovare tutti e, non da ultime, le strutture sanitarie per sostenere e rilanciare il Sistema salute del Paese”.

L'ultima stesura del protocollo “Cabina di Regia” del 16 gennaio scorso prevede alcuni passaggi estremamente significativi: - “gli infermieri... [omissis] sono garanti del processo assistenziale, ed è per

questo che è necessaria e non più rinviabile l'evoluzione verso le competenze avanzate e di tipo specialistico”;

- “medici, infermieri... [omissis] **riconoscono e convergono** che... [omissis] **la responsabilità professionale sulle decisioni e gli atti compiuti nell'ambito dei processi di cui sono garanti è personale e posta in capo a colui che tali decisioni e atti ha assunto e compiuto...** [omissis]”.

Riflettendo sulle due tematiche presentate mi sorgono alcune domande:

- come sarà possibile che l'infermiere possa essere pienamente garante del processo assistenziale (dalla presa in carico alla valutazione degli esiti) quando questo è strettamente determinato dalla complessità/intensità assistenziale dei pazienti, questione “dimenticata” nella quantificazione dei tempi di assistenza?

- Come sarà possibile convenire che la responsabilità rispetto a decisioni ed atti nell'ambito dei processi possa essere assunta **responsabilmente** dall'infermiere, in una cornice normativa che dispone quanta assistenza deve erogare per paziente, potenzialmente insufficiente in termini temporali?

- Come potrà l'infermiere, cui gli si chiederà di assumere sempre più decisioni ed atti anche specialistici, contribuire a “rilanciare il Sistema salute” a tutela e protezione del cittadino con queste prerogative? Personalmente per il momento trovo qualche difficoltà a rispondere in formula positiva.

L'azione della rappresentanza professionale si orienterà per attivare tutte le possibili strategie affinché gli infermieri, compatti, possano continuare l'esercizio della loro professionalità come hanno sempre fatto, con consapevolezza di ruolo, senso di appartenenza, etica decisionale, condivisione di obiettivi coerenti con i nostri valori professionali, per garantire il bene e la sicurezza dei cittadini, soggetti privilegiati del nostro intervento assistenziale. Sperando di incontrarti nella prossima assemblea annuale, ti porgo un caro saluto.

a cura di
Federico Pegoraro
Presidente



Un sistema sanitario di livello avanzato

I continui e rapidi cambiamenti che interessano il mondo sanitario impongono ai formatori la responsabilità di indirizzare i professionisti verso un apprendimento che consenta di far fronte a tali cambiamenti e di favorire lo sviluppo di un servizio sanitario di livello avanzato. Garantire una formazione di qualità è una grande responsabilità collettiva che coinvolge in primis la comunità accademica, ma che richiede una attiva partecipazione delle scuole di medicina, coinvolge i sistemi sanitari e le istituzioni di governo. A livello internazionale tutte le organizzazioni preposte (l'OMS, l'Unione Europea) si stanno da tempo muovendo per proporre programmi, fornire indicazioni e linee-guida per sostenere i paesi membri nel perseguire politiche di miglioramento dello stato di salute della popolazione e in particolare supportare i paesi a raggiungere gli obiettivi previsti dall'agenda del Millennium Development Goals (MDGs). Uno dei fattori strategici per conseguire i risultati previsti è rappresentato dalle risorse umane, dalle loro competenze e quindi dalla formazione fornita agli operatori.

Le questioni da affrontare sono essenzialmente due: la formazione di base dei professionisti sanitari e il mantenimento costante di una formazione aggiornata rispetto a conoscenze che cambiano continuamente e che richiedono competenze adeguate.

La formazione continua consente di sviluppare curricula efficaci ed innovativi che rispondano alla necessità di preparare i professionisti ad operare in differenti contesti e con differenti tipologie di pazienti. Nella relazione “High Care for All” lord Darzi afferma che si deve fare di più per cogliere le potenzialità della formazione come leva per il miglioramento del servizio in modo da vedere riconosciuto il diritto dei pazienti di essere trattati con “dignità e rispetto” e di avere uno standard professionale di cura fornito da personale adeguatamente qualificato e con esperienza, in un ambiente pulito e sicuro.

“Mentre le organizzazioni sanitarie stanno avviando una serie di strategie per migliorare l'assistenza e rispondere ai cambiamenti normativi e di politica, molti operatori non hanno ricevuto una formazione sulla qualità e la sicurezza come parte della loro istruzione formale”
(Jones CB, Mayer C., Mandelkehr LK).

La formazione è una leva efficace per migliorare la qualità del sistema sanitario, nonostante ciò, l'istruzione e le iniziative di formazione non rappresentano sempre una priorità per i responsabili politici e i professionisti. Alcuni studi hanno documentato che a favore di una “maggiore formazione” vi sono infermieri con un livello di formazione avanzato e laddove sono presenti si sono rilevati miglioramenti degli esiti sui pazienti. Anche se non è stato pienamente dimostrato il legame tra Livello di formazione e qualità dell'assistenza, sono ampiamente documentate associazioni (con un legame causa effetto ancora da chiarire) tra una serie di esiti sul paziente, compresa la mortalità, e la formazione degli infermieri (Rafferty AM, Clarke SP, Coles J, Ball J, James P, McKee M, Aiken LH. Outcomes of variation in hospital nurse staffing in English hospitals: cross-sectional analysis of survey data and discharge records. Int J Nurs Stud. 2007 Feb;44(2):175-82)

L'Educazione Continua in Medicina è uno degli strumenti per la formazione che è a sua volta uno STRUMENTO DEL GOVERNO CLINICO; è finalizzata al miglioramento delle competenze e delle abilità cliniche, tecniche e manageriali; rappresenta anche un valido supporto per i comportamenti dei professionisti per assicurare efficacia, appropriatezza, sicurezza, efficienza ed innovazione dell'assistenza e delle cure rivolte ai cittadini.

L'acquisizione dei crediti ECM è un obbligo per tutti i professionisti sanitari dell'ambito della tutela della salute individuale e collettiva e per i Liberi professionisti quale metodo di formazione continua e strumento di attestazione della propria costante riqualificazione professionale. Secondo quanto stabilito dall'accordo Stato Regioni del 19 aprile 2011 per il triennio 2011/2013 si è tenuti all'acquisizione di 150 crediti (50 crediti/anno con un minimo di 25/anno ed un massimo di 75/anno).

Se il professionista ha ottemperato pienamente al debito formativo previsto nel triennio precedente 2008/2010, la commissione nazionale ECM, consente di trasferire 45 crediti formativi ECM del triennio precedente verso il triennio 2011/2013. In altre parole saranno sufficienti 105 crediti alla fine del 2013 se si è stati in regola con le acquisizioni.



La formazione continua può essere proposta in diverse modalità RES, FAD, FSC; fino a dieci mesi fa circa, **solo per l'infermiere**, era possibile acquisire crediti ECM attraverso la Formazione a distanza (FAD) per un massimo del 60 % del totale, grazie all'intervento della la FNC IPASVI questo limite è stato superato e con la CIRC. NR: 6/2013 Prot. P-1031/III.07 del 22 febbraio 2013 la FNC afferma:

“**Gli infermieri professionali, per il triennio in corso (2011/2013), possono acquisire il 100% dei crediti formativi per la tipologia formazione a distanza con o senza tutoraggio.....**”.

Questa è una grande opportunità per gli infermieri perché consente a tutti di mantenersi aggiornati stando a casa, a costi contenuti e talvolta gratuitamente, come con le proposte FAD della FNC. Un corso FAD si può svolgere ovunque, basta connettersi con le proprie credenziali da un qualsiasi PC in rete annullando le spese di trasferimento e dedicando il tempo che si ha a disposizione.

Quali proposte?



Secondo quanto recita la circolare del Ministro della Salute del 5/03/02 N. DIRP 3°/AG/448 al comma 15 alcuni professionisti possono usufruire di un esonero temporaneo per esempio il personale sanitario che frequenta, in Italia o all'estero, corsi di formazione post-base propria della categoria di appartenenza per tutto il periodo di formazione (anno di frequenza) come per esempio il Master in Coordinamento delle professioni sanitarie, il Master in Cure primarie, la Laurea specialistica, il Dottorato di ricerca ma anche coloro che usufruiscono delle disposizioni in materia di tutela della gravidanza (di cui alla legge 30 dicembre 1971, n. 1204, e successive modificazioni), in caso di adempimento del servizio militare (di cui

alla legge 24 dicembre 1986, n. 958, e successive modificazioni). Vi sono inoltre altri esonerati per i soggetti con incarichi di alta amministrazione (direttore generale dei Ministri) sono esonerati da tale attività formativa limitatamente al periodo di espletamento del mandato parlamentare di senatore o deputato della Repubblica nonché di consigliere regionale (L.43/2006 art. 2 comma 6). Si precisa che è un obbligo dell'iscritto segnalare ai collegi le certificazioni degli esonerati (certificato medico, nomina di incarico pubblico, iscrizione al corso di specializzazione dottorato e ricerca).
Ma cosa accade se non si acquisiscono i crediti richiesti?
Si legge nel TESTO COORDINATO DEL

DECRETO-LEGGE 13 agosto 2011, n. 138 art.3 comma 5b: previsione dell'obbligo per il professionista di seguire percorsi di formazione continua permanente predisposti sulla base di appositi regolamenti emanati dai consigli nazionali, fermo restando quanto previsto dalla normativa vigente in materia di educazione continua in medicina (ECM). La violazione dell'obbligo di formazione continua determina un illecito disciplinare e come tale è sanzionato sulla base di quanto stabilito dall'ordinamento professionale che dovrà integrare tale previsione. Nel corso del 2013 il collegio IPASVI di Vicenza ha voluto promuovere la formazione proponendo ai propri iscritti eventi sia in forma FAD sia in forma RES.

Eventi formativi del 2013

Data	Corso	Sede	Ore formazione	Docenti	Crediti ECM
7/03/2013	L'Infermiere all'interno del Nuovo Piano Socio Sanitario della Regione Veneto 2012/2016 Corso gratuito	Montebelluna Precalcino	4	Luigino Schiavon Presidente Coord. Collegi IPASVI del Veneto	4
1/03/2013	"Saper dire no e salvare il gruppo". Coordinare senza prevaricare. In collaborazione con il CNC di Vicenza	Vicenza	4	Prof. Giosuè De Carli	3
25/05/2013	Da un ospedale senza dolore a una casa senza dolore. In collaborazione con l'associazione "Day Surgery Day"	Noventa Vicentina	8	Tra i relatori Sonia Cappelletto Sonia Dal Degan Consiglieri del Collegio IPASVI di Vicenza	4
11/05/2013	Come accrescere le competenze infermieristiche: strumenti e metodi per l'aggiornamento professionale attraverso la formazione a distanza	Bassano	4	Gianmaria Fanchin Stefania Rossi Consiglieri del Collegio IPASVI di Vicenza	4
12/10/2013	Governo clinico: l'aggiornamento professionale mediante metodologie innovative (FAD) per la garanzia della qualità dell'assistenza.	Montebelluna Precalcino	4	Sonia Cappelletto Sonia Dal Degan Consiglieri del Collegio IPASVI di Vicenza	4
26/10/2013		Vicenza	4	Gianmaria Fanchin Consiglieri del Collegio IPASVI di Vicenza	4
25/10/2013	Corso base sull'Evidence Based Practice (EBP)	Santorso	4	Matteo Storti Lucia Maron Consiglieri del Collegio IPASVI di Vicenza	4
29/11/2013		Vicenza	4		4

Si segnalano inoltre i corsi FAD gratuiti proposti dalla Federazione Nazionale Collegi IPASVI



Governo clinico: innovazioni, monitoraggio performance cliniche, formazione, che nasce dai documenti "Manuale di formazione per il governo clinico: il governo dell'innovazione nei sistemi sanitari", "Manuale di formazione per il governo clinico: monitoraggio delle performance cliniche" e "Manuale di formazione per il governo clinico" del Ministero della salute, Dipartimento della qualità, Direzione Generale della programmazione sanitaria, dei livelli essenziali di assistenza e dei principi etici di sistema, Ufficio III. Il corso è accreditato ed eroga **20 crediti ECM**. Il corso sarà disponibile fino al 15 giugno 2014.



Il Programma Nazionale Esiti: supporto alle attività di audit clinico ed organizzativo dell'AGENAS. Il corso è accreditato ed eroga **12 crediti ECM**. Il corso sarà disponibile fino al 1 settembre 2014.



Appropriatezza delle cure, che nasce dal documento "Manuale di formazione per il governo clinico: appropriatezza" del Ministero della salute, Dipartimento della qualità, Direzione Generale della programmazione sanitaria, dei livelli essenziali di assistenza e dei principi etici di sistema, Ufficio III. Il corso è accreditato ed eroga **15 crediti ECM**. Il corso sarà disponibile fino al 18 novembre 2014.

Visita il sito www.vicenzaipasvi.it per i dettagli e gli aggiornamenti.

a cura di
Sonia Dal Degan
Tesoriera



Piano Formativo residenziale per il primo semestre 2014

"Il cateterismo vescicale tra mito e scienza: tutto quello che non vi è stato mai detto su catetere e le infezioni"

Sede: S. Raffaele presso Monte Berico, Vicenza

Numero massimo di partecipanti: 35

Costo: 20 euro per iscritti di Vicenza, 50 euro per i non iscritti

Crediti ECM 15

Accreditato per Infermieri- Infermieri Pediatrici- Assistenti Sanitari

Iscrizioni dal sito del Collegio Ipasvi di Vicenza www.vicenzaipasvi.it

Docenti: **Luciano Urbani**, Infermiere clinico esperto in area urologica, Referente di Formazione del Dipartimento Cardiovascolare di Mestre e Venezia anni 2004-2009, Assistenza domiciliare infermieristica urologica Ulss12 veneziana anni 1991-1998, Componente Comitato tecnico scientifico e webmaster It-Uro Infermieri Italiani di Urologia anni 2000-2003, realizzazione progetto formativo: "Corso cateterismo vescicale con simulatore" dal 2001.

Giuliano Bon, Infermiere clinico esperto in area urologica.

"Non ho raggiunto i crediti ECM previsti, in quali sanzioni incorro?"

Sede: in programmazione

Numero massimo di partecipanti: in programmazione

Costo: in programmazione

Crediti ECM: in programmazione

Accreditato per Infermieri- Infermieri Pediatrici- Assistenti Sanitari

Iscrizioni dal sito: in programmazione

Docente: **Gianantonio Urbani**, Avvocato.

"Riparare relazioni di cura in panne: il caso di pazienti e famigliari che non collaborano"

Sede: S. Raffaele presso Monte Berico, Vicenza

Numero massimo di partecipanti: 50

Costo: in programmazione

Crediti ECM: in programmazione

Accreditato per Infermieri- Infermieri Pediatrici- Assistenti Sanitari

Iscrizioni dal sito: in programmazione

Docente: **Christa Zimmermann**, Professore ordinario di Psicologia Clinica, Università di Verona; Psicoterapeuta; Psicologo Dirigente, U.O. di Psicopatologia e Psicologia Clinica, Dipartimento di Sanità Pubblica e Medicina di Comunità, Università di Verona.

"Ma si rende conto? Ruolo infermieristico nella gestione dell'aggressività dei pazienti e famigliari"

In programmazione

Proposte formative per il 2014

Data	Corso	Sede	N.Partecipanti	Costo	Crediti ECM
22/02/2014	Il cateterismo vescicale tra mito e scienza: tutto quello che non vi è mai stato detto sul catetere e le infezioni (max 35 iscritti)	S. Raffaele presso Monte Berico Giornata intera	35 persone	20 euro per iscritti di Vicenza 50 euro per non iscritti	15 crediti ECM
28/03/2014	Non ho raggiunto i crediti ECM previsti, in quali sanzioni incorro?	Da definire Mezza Giornata	In programmazione	In programmazione	In programmazione
03/05/2014	Riparare relazioni di cura in panne: il caso di pazienti e famigliari che non collaborano	S. Raffaele presso Monte Berico Giornata intera	50 persone	50 persone	In programmazione
07/06/2014	Ma si rende conto? Ruolo infermieristico nella gestione dell'aggressività dei pazienti e famigliari	S. Raffaele presso Monte Berico	In programmazione	In programmazione	In programmazione

Per conoscere quanti crediti ECM hai accumulato visita il sito <http://www.cogeaps.it/>

a cura di
Lucia Maron
Consigliere



La ricetta per curare il nostro SSN passa attraverso gli infermieri. E la Regione Veneto è la capofila di questa "prescrizione terapeutica".

Il recupero di risorse sulla voce personale in questi ultimi anni (tagliare dove si può), è stato perseguito con il sistema dei tagli orizzontali e il blocco del turn over. Le politiche adottate hanno via via ridotto le capacità di risposta del sistema e costretto il personale del SSN a turni straordinari di lavoro che possono mettere a rischio lo stesso atto assistenziale da parte degli operatori.

Nel SSN, le economie sul personale si possono raggiungere **solo** attraverso una ulteriore **razionalizzazione della rete di offerta dei servizi** che consente di mantenere gli standard assistenziali senza incrementi di personale, senza dimenticare il fenomeno di invecchiamento e usura che grava sullo stesso.

La Regione Veneto, in questa situazione complessa ha dato vita ad un progetto, con il coinvolgimento di medici e infermieri dirigenti, con l'obiettivo di stabilire dei valori di riferimento per il personale del comparto dedicato alle aree di degenza ospedaliera.

L'11 settembre 2013 a tutti i Collegi IPA-

SVI del Veneto, in qualità di ordini di rappresentanza, è stato chiesto di esprimere un parere "professionale" (non politico, non sindacale) sul documento **"Definizione dei valori di riferimento per il personale di assistenza del comparto dedicato alle aree di degenza ospedaliera"**. Il documento illustra il percorso metodologico seguito dai consulenti regionali e conclude con una tabella in cui sono elencati i valori (in cifre*) di riferimento a cui dovranno tendere tutte le Aziende Sanitarie regionali. (***Tempi di assistenza di riferimento espressi dalla Regione Veneto inizialmente 170 minuti di assistenza per paziente al giorno nelle aree di Medicina e la Chirurgia, diventati successivamente 185.**)

Da far nostro abbiamo incontrato i Dirigenti dei Servizi Professioni Sanitarie delle ULSS provinciali per una migliore comprensione sulle ricadute rispetto ai valori di riferimento presentati. Si è discusso del tema in più Consigli direttivi del collegio IPASVI per giungere, nella seduta del 7 ottobre, ad una valutazione unanime sul documento regionale da presentare e lo

abbiamo trasmesso ai Collegi del Veneto il 10 ottobre (prot. 1835/2013).

Si è acquisita la valutazione espressa dal Coordinamento regionale dei Responsabili Servizi Infermieristici e Coordinatori dei Corsi di Laurea in Infermieristica. Anche quest'ultimo è in linea con le medesime analisi da noi espresse. Abbiamo ascoltato le relazioni del Presidente circa gli incontri del Coordinamento regionale del 14 ottobre, 21 ottobre e 4 novembre 2013.

Nelle sedute del consiglio direttivo del 17 ottobre 2013, alla luce dei documenti susposti, il direttivo di Vicenza ha ritenuto di non modificare la posizione precedentemente espressa.

La stessa è stata dibattuta, non con poche difficoltà per visioni diverse tra i presidenti dei collegi, ma alla fine è stata accettata ed condivisa dal coordinamento Collegi Ipasvi Veneto in data 16 novembre 2013. Nella nota sottostante si riporta il documento redatto dal Coordinamento Regionale Collegi IPASVI.

Coordinamento Regionale Collegi IPASVI del Veneto

P.le L. Da Vinci n.8 scala F - 30172 Mestre (VE) Tel 0415055951 e Fax: 0415040882
Presidente: collegio@pec.ipasvive.it - Segreteria: ipasviveneto@gmail.com

Prot. VN 0081-2013

Data: 16/11/2013

Alla cortese attenzione del
Dr. Domenico Mantoan
Segreteria Regionale per la Sanità

Oggetto: Documento Collegi Ipasvi Veneto: Dotazione Organiche.

In relazione al documento sui valori di riferimento della Regione Veneto, alle discussioni e ai contributi finora acquisiti si appone in premessa il documento "Position Paper - Raccomandazioni e standard italiani per dotazioni infermieristiche ospedaliere sicure per le aree mediche e chirurgiche generali", elaborato da un gruppo di esperti di diverse aziende ospedaliere del nord Italia, che raccomanda di garantire 220 minuti di assistenza per paziente al giorno nelle suddette aree e ritiene che 200 minuti totali al giorno, con una proporzione di operatori di supporto che non superi il 30%, rappresenti lo standard minimo di adeguata tutela.

Data tale premessa si sottolinea ulteriormente che:

- I 200 minuti totali sono irrinunciabili per la rappresentanza professionale;
- I tempi di assistenza devono essere considerati quali "tempi minimi di assistenza";
- Per le aree di degenza con posti letto inferiori a 25 senza possibilità di accorpamenti per problemi logistici, organizzativi documentabili possono, motivando, non applicare gli standards (clausola di salvaguardia);
- La dotazione generata dall'applicazione degli standard è da considerarsi "dotazione aziendale per le aree di degenza" per permettere l'indispensabile flessibilità e autonomia gestionale tra le varie aree di degenza;
- il rapporto infermieri/OSS deve essere garantito nel rapporto 3/1 (DGR 3093/2006);
- all'interno delle aree di degenza il tempo dell'operatore di supporto può essere modulato in base alla complessità rilevata, fermo restando la inalterata "dotazione infermieristica aziendale per le aree di degenza";
- per quanto attiene le UO di Terapia intensiva deve essere considerato il tasso di occupazione per posto letto pari al 100%;
- Riconsiderare il tempo totale da escludere gli istituti normativi non previsti nella rilevazione potrà essere prevista la possibilità di aumento della "dotazione aziendale per le aree di degenza", per avviare progetti assistenziali innovativi condivisi con la Regione Veneto e sui quali la stessa esprimerà i relativi indicatori di esito;

Approvato in seduta di coordinamento in data 16 novembre 2013.

Il presidente del Coordinamento regionale Collegio IPASVI del Veneto.

Prima di giungere alla definizione di un valore di riferimento (minimo, sia ben inteso), il tema è stato a lungo dibattuto dalla compagine professionale di rappresentanza.

Non perché non fosse ritenuto giusto, ma

per il metodo. Un metodo che ha considerato le dotazioni organiche delle diverse ULSS del Veneto tenendo a riferimento la dotazione delle due realtà dove questa fosse la più bassa, facendo poi di queste la media.

Dal metodo regionale sono scaturiti i minuti di assistenza da erogare a paziente secondo la seguente tabella:

Area Omogenea	Valori standard in minuti, della Regione Veneto	Valori minimi proposti dal Collegio, in minuti
Medicina interna	185	200
Medicina specialistica	195	200
Chirurgia generale	185	200
Chirurgia specialistica	195	200
Ostetricia e Ginecologia	185	200

Per una migliore comprensione degli effetti di tale procedimento abbiamo fatto una proiezione su di in una chirurgia con 24 posti letto che con una occupazione media di 22 letti.

Organico attuale a 224 minuti	Organico con i tempi previsti dalla delibera regionale: 185 minuti
2 infermieri turnisti h24,	2 infermieri turnisti h24,
1 infermiere 8-14	1 infermiere 8-14,
1 infermiere 14-20,	1 infermiere SPARITO
1 OSS 8-14 di supporto alle attività assistenziali,	1 OSS 8 - 14 di supporto alle attività assistenziali,
1 OSS 14-20 dedicato ad attività domestico-alberghiera	1 OSS SPARITO

Oplà, spariti in un attimo 1 infermiere e 1 oss al giorno.

Parametrato il dato su scala regionale, gli esuberanti diventano 3000. Risorse destinate sicuramente per attivare l'assistenza territoriale, come recita il Piano Socio Sanitario PDL 190 "Norme in materia di programmazione socio sanitaria e approvazione del Piano Socio-Sanitario regionale 2012-2016", impoverendo l'assistenza ospedaliera con delle conseguenze immaginabili.

Oggi il gradimento degli italiani del proprio Servizio Sanitario Nazionale, da un'indagine nazionale (Istituto Demos di Ilvo Dia-

manti (<http://www.demos.it/a00922.php>) evidenzia che due italiani su tre sono soddisfatti dell'assistenza sanitaria pubblica e che hanno fiducia sia nei medici che degli infermieri.

Più della metà degli intervistati (il 55,2%), dice che la sanità pubblica debba rimanere una "cosa a parte" perché è un diritto di tutti, pur affermando che debba integrarsi con la privata perché non può farsi carico di tutta l'assistenza (il 24,2%); che sarebbe bene mettere pubblico e privato in competizione perché la concorrenza

migliora l'efficienza, solo il 1,5%, non dà risposta.

Il futuro che si prospetta è tutt'altro che roseo perché l'Italia non sta investendo nello stato di salute del SSN. Tra il 2000 e il 2010 si registra infatti la crescita più bassa della spesa sanitaria pro-capite, dal confronto tra tutti i paesi avanzati attestandosi oltre 10 punti percentuali sotto la media OCSE

(tabella 1); Fonte: elaborazione FIASO su dati OECD Health Data 2012

INDICATORE	Spesa Sanitaria su PIL (%)			Spesa sanitaria pro-capite (US\$)			Aspettativa di vita alla nascita (anni)			Tasso di incremento spesa pro-capite		
	1990	2000	2010	1990	2000	2010	1990	2000	2010	1990 - 2010	1990 - 2000	2000 - 2010
Australia	6,7	8,0	9,1	1.194,50	2.266,60	3.670,20	77,0	79,3	81,8	67,5%	47,3%	38,2%
Canada	8,9	8,8	11,4	1.735,30	2.518,80	4.444,90	77,6	79,0	80,8	61,0%	31,1%	43,3%
Francia	8,4	10,1	11,6	1.443,70	2.544,80	3.974,00	76,8	79,0	81,3	63,7%	43,3%	36,0%
Germania	8,3	10,4	11,6	1.798,10	2.677,80	4.338,40	75,3	78,2	80,5	58,6%	32,9%	38,3%
Grecia	6,7	8,0	10,2	845,80	1.451,00	2.913,70	77,1	78,0	80,6	71,0%	41,7%	50,2%
Italia	7,7	8,0	9,3	1.357,10	2.064,40	2.963,70	77,1	79,8	82,0	54,2%	34,3%	30,3%
Giappone	5,8	7,6	9,5	1.115,40	1.973,60	3.034,60	78,9	81,2	83,0	63,2%	43,5%	35,0%
Olanda	8,0	8,0	12,0	1.413,60	2.340,30	5.056,20	77,0	78,0	80,8	72,0%	39,6%	53,7%

La necessità di contenimento della spesa sanitaria pubblica nasce per una crisi strutturale dell'economia, sia nazionale che internazionale, grave a tal punto da mettere a repentaglio la sostenibilità del sistema, ma il dibattito, che si è sviluppato, è centrato più sulle logiche di offerta (appropriatezza, dimensionamento, qualità) che su quelle di governo del sistema.

Se da un lato è vero che a seguito della L. 135/12 (**Spending Review**) con maggiori o minori risultati, tutti gli enti del SSN si sono impegnati a conseguire un risparmio economico, dall'altro il **taglio prevalentemente operato sui servizi** indurrà, nel medio periodo, ad un effetto controprodu-

cente anche sotto il profilo economico.

La riduzione del livello dei servizi sanitari comporterà un peggioramento dello stato di salute della popolazione servita, con evidenti ricadute in termini di fabbisogno di servizi sanitari più gravosi con l'andare del tempo.

In altre parole quando è necessario chiudere i rubinetti della finanza **si interviene dove si può** e non dove sarebbe più opportuno, contravvenendo all'evidente principio che le risorse finanziarie utilizzate per la tutela della salute possono essere ragionevolmente accostate, per lo Stato in un'ottica strategica, più ad una configurazione di investimento che ad una di costo.

La ricetta per curare il nostro SSN passa attraverso il personale del comparto, soprattutto gli infermieri. La Regione Veneto ha dato vita a questa "prescrizione terapeutica" per salvare il Sistema sanitario Regionale.

Come IPASVI abbiamo motivato le nostre posizioni per orientare le scelte ed evitare di intraprendere vie impraticabili. Abbiamo stabilito dei valori minimi, oltre i quali il sistema non potrà sopravvivere a se stesso. Non è una minaccia, ma una possibile, reale conseguenza.

a cura di
Gian Maria Fanchin
Vice Presidente





Protocollo dello Studio Cross Sectional su anziani con demenza e residenti in casa di riposo

Scale unidimensionali per la demenza: uno studio trasversale su anziani italiani residenti in casa di riposo.

Data di inizio:
Ottobre 2013.

Autori e loro affiliazioni.
Gli autori dello studio sono:
Storti Matteo, Infermiere, ULSS n. 5 "Ovest Vicentino" e Referente Gruppo di Ricerca del Collegio IPASVI di Vicenza. **Maria Letizia Bacchi Reggiani**, Ricercatore confermato, Facoltà di Medicina e Chirurgia, Università degli Studi di Bologna. **Luisa Dal Cengio**, Infermiera Coordinatrice, Responsabile Area Socio-Sanitaria, "Fondazione Marzotto", Valdagno, Vicenza.

Introduzione e background scientifico

L'insufficiente propensione alla valutazione del dolore nell'anziano affetto da decadimento cognitivo rimane ad oggi in Italia un problema solo parzialmente risolto. La letteratura spesso ha messo in evidenza la carenza di una cultura del dolore e la ridotta disponibilità nel procedere alla sua misurazione. Tale limitata sensibilità, può essere condotta essenzialmente a tutti quei fattori che sono riferibili alla persona assistita, al personale componente dell'equipé e all'organizzazione delle strutture residenziali. Attualmente presso le case di riposo sono accolti mediamente persone ultra-sessantacinquenni, fragili, affetti da poli-patologie (tra cui la demenza), dipendenti nelle attività di vita quotidiana. In questi soggetti il dolore ha una prevalenza che varia dal 50 al 80%. Considerando che l'auto-valutazione è ancora il metodo più accurato per misurare il dolore, è comprensibile come la difficoltà delle persone con decadimento cognitivo a concettualizzare e riferire un'esperienza, rischi di generare una valutazione superficiale da parte del personale sanitario. In aggiunta, la documentazione reperita riporta un vuoto di evidenza in merito all'impiego delle scale "self-report" nello studio di demenza moderato. Lo scopo principale dello studio sarà

quello di testare la Faces Pain Scale (FPS) Numeric Rating Scale (NRS), Verbal Rating Scale (VRS), su soggetti anziani, residenti in due case di riposo, per confrontare la concordanza fra di esse ed il tempo di impiego. L'obiettivo secondario è quello di determinare la prevalenza del sintomo algico.

Ricerca bibliografica

La ricerca della letteratura è stata effettuata nella banca dati di letteratura primaria di PubMed. Le parole chiave utilizzate e intercambiate tra loro sono le seguenti: "Aged", "Pain management", "Geriatric Assessment", "Nursing Homes", "Cognition Disorders", "Dementia", "Pain Measurement/methods".

I limiti considerati sono: Humans, Clinical Trial, Meta-Analysis, Practice Guideline, Randomized Controlled Trial, Review, Clinical Conference, Comparative Study, Guideline, Multicenter Study, English, Italian, Aged: 65+ years.

Con le medesime parole chiave è stata consultata la banca dati di letteratura primaria della Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL).
Fra gli articoli reperiti si segnalano: Ferrell BA, Ferrell BR, Rivera L. Pain in cognitively impaired nursing home patients. *J Pain Symptom Manage* 1995; 10: 591-8.

In questo studio condotto in modo trasversale, sono stati analizzati 325 anziani affetti da demenza afferenti da 10 case di cura. I risultati dimostrano che il dolore sebbene fosse presente nel 62% degli intervistati, era documentabile in una bassa percentuale. Secondo gli autori l'83% dei anziani con decadimento cognitivo intervistati possono rispondere ad una scala del dolore unidimensionale presentata nello studio ma il limite sostanziale riguarda nella scelta di tale scala.

Zhou Y, Petpichetchian W, Kitrungrote L. Psychometric properties of pain intensity scales comparing among postoperative adult patients, elderly patients without and with mild cognitive impairment in China. *Int J Nurs Stud* 2011; 48: 449-57.

In questa esperienza condotta in un ospedale universitario Cinese, si confrontano cinque scale di valutazione del dolore su 200 soggetti con decadimento cognitivo. I risultati confermano buone proprietà psicometriche in tutte le scale adottate e si raccomanda ulteriori ricerche per avallare la consona a questo tipo di popolazione. Questo studio non registra però i tempi di compilazione delle scale.

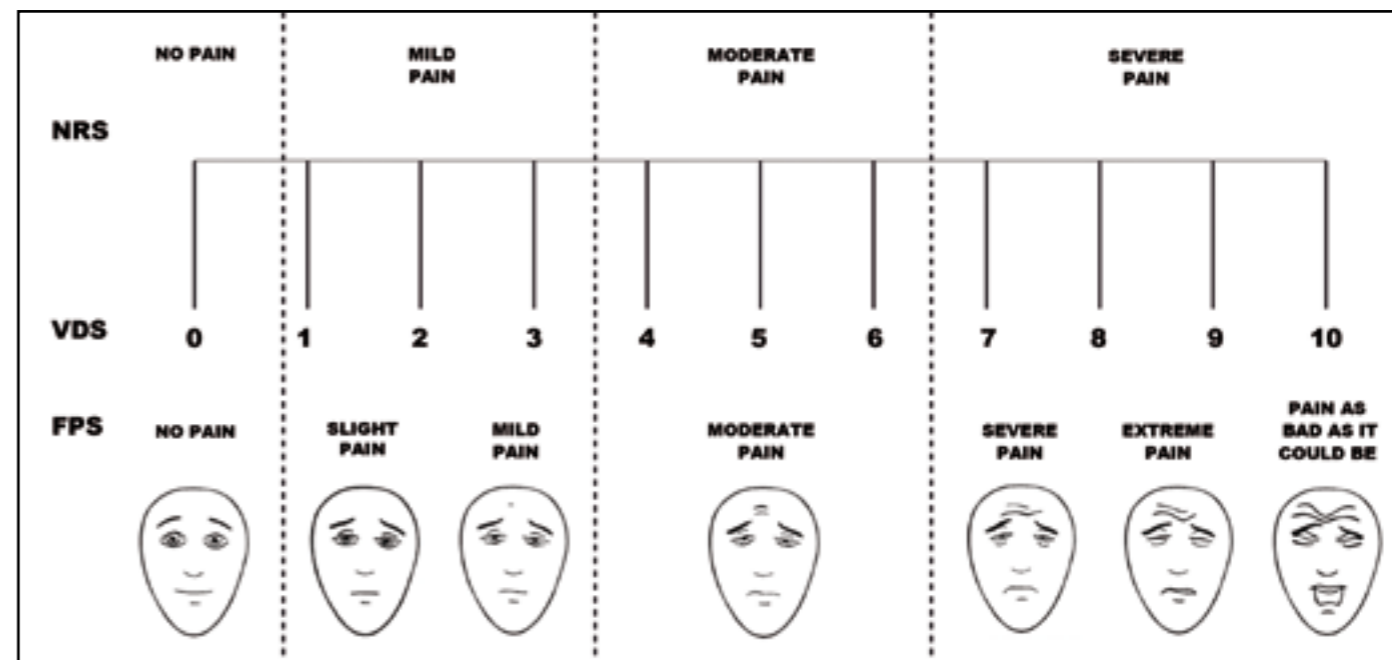
Wynne C, Ling S, Remsburg R. Comparison of pain assessment instruments in cognitively intact and cognitively impaired nursing home residents. *Geriatric Nurs* 2000; 21: 20-3.

Questo studio è stato condotto per determinare l'intensità di dolore provata da 37 pazienti anziani istituzionalizzati affetti da demenza. Tali soggetti sono stati monitorati per oltre un anno. Sono state utilizzate differenti scale di accertamento algico ma nelle conclusioni, i ricercatori sostengono che nonostante sia presente un gran numero di strumenti non vi sono raccomandazioni sufficienti per raccomandare una scala ad esclusione di un'altra su soggetti con decadimento cognitivo moderato in quanto mancano dei confronti su campioni più ampi. Storti M. La validazione di una scala di accertamento del dolore in pazienti con decadimento cognitivo: la scala Abbey nella versione italiana. *Recenti Prog Med* 2009; 100: 405-9.

Questa ricerca è stata considerata in quanto è stata condotta nella stessa struttura dove verrà condotto lo studio attuale. La ricerca è avvenuta in tre case di riposo della provincia di Vicenza e la scala ABBEY validata è stata testata su 110 anziani istituzionalizzati affetti da decadimento cognitivo severo. In questo campione il dolore è presente in 58 (52,7%) componenti del campione.

Closs SJ, Barr B, Briggs M, Cash K, Seers K. A comparison of five pain assessment scales for nursing home residents with varying degrees of cognitive impairment. *J Pain Symptom Manage* 2004; 27: 196-205.

Lo scopo di questa indagine è stato quello di confrontare cinque differenti scale di valutazione del dolore, attualmente in uso comune, su differenti



livelli di gravità di demenza. Il campione era composto da 113 residenti in casa di cura. I risultati di questo studio affermano che non vi è differenza nella scelta sul tipo di scala del dolore unidimensionale nei soggetti con decadimento cognitivo. Questo studio non registra però i tempi di compilazione delle scale.

Obiettivi dello studio

L'obiettivo principale è quello di testare la concordanza tra le seguenti scale unidimensionali: FPS, NRS e VRS su soggetti anziani affetti da demenza moderata.

Criteri di selezione del campione

Saranno esclusi dalle analisi statistiche gli anziani che:

- rifiutano l'adesione allo studio;
- nei giorni di raccolta dati in condizioni cliniche precarie;
- hanno deficit uditivo e visivo severo da compromettere la somministrazione delle scale;
- hanno afasia motoria o sensoriale;
- non rientrano nel deficit cognitivo lieve-moderato.

Disegno dello studio

La ricerca è di tipo trasversale effettuata in due case di riposo della provincia vicentina. L'autorizzazione della conduzione dello studio è già stata approvata dalla Direzione.

Il target è rappresentato da anziani residenti in due case di riposo della provincia di Vicenza.

Strumenti di analisi

La NRS La scala numerica verbale è una semplice scala di valutazione del dolore, molto simile alla VAS. È lineare e ha con quest'ultima una buona concordanza. La NRS è facilmente compresa dal paziente che sceglie semplicemente un numero fra 0 e 10 per rappresentare il livello di dolore. La NRS elimina la necessità della coordinazione visiva e motoria richiesta per eseguire la VAS e offre quindi maggiori possibilità di completamento. Sembra quindi più versatile della VAS per la misurazione nell'immediato periodo post-operatorio. L'insuccesso nel completare la scala è nell'ordine del 2%. Si è rivelata molto affidabile per misurare gli effetti dei trattamenti. Diminuita affidabilità agli estremi dell'età o in caso di deficit visivo, uditivo o cognitivo.

La VRS sono strumenti che impiegano degli aggettivi per descrivere il livello di intensità del dolore. Anche se le scale verbali sono di rapido e facile impiego non sempre sono in grado di valutare esattamente l'intensità del sintomo perché l'intervallo tra i descrittori non è sempre interpretabile allo stesso modo. Inoltre i descrittori verbali possono non comprendere tutti i livelli del dolore del paziente. Le VRS perciò possono non essere sufficientemente rappresentative di modificazioni significative nella severità del dolore se è utilizzato un numero insufficiente di descrittori. I risultati migliori si ottengono con scale ad almeno sei livelli di intensità.

La FPS è uno strumento grafico che rappresenta le diverse espressioni del viso ipoteticamente connesse alla assenza o presenza di dolore di in-

tenità crescente, viene utilizzata prevalentemente con pazienti pediatriche che non sono in grado di compilare una scala analogico visiva prima dei 5 anni. La principale fragilità di questo strumento consiste nel fatto che le espressioni del viso raffigurate possono essere associate non solo alla variabile oggetto di valutazione, il dolore, ma ad altri costrutti psicologici che solitamente si correlano all'espressione non verbale come ad esempio l'ansia, la depressione, l'aggressività, la soddisfazione. Per alcuni pazienti è percepita come più semplice rispetto a VAS e NRS, non influenzata da differenze di genere, cultura o etnia.

Valutazione statistica

Le analisi statistiche dello studio verranno effettuate in una sede esterna ai contesti della ricerca. Tutti i dati vengono raccolti in modo anonimo.

Conflitto d'interessi, sponsor

Per la realizzazione dello studio sono previsti finanziamenti/sponsor di nessun genere da parte di industrie farmaceutiche o aziende fornitrici di materiali o dispositivi medici.

Consenso informato

Il consenso informato viene firmato da ogni partecipante dello studio prima di entrare nel campione. La raccolta avviene tramite una scheda (per motivi di spazio non allegata alla presente rivista). Gli anziani ed i caregiver vengono informati sulle finalità e scopi della ricerca del responsabile della ricerca.

a cura di
Matteo Storti
Consigliere





Sistema Sanitario: 2014 a rischio collasso secondo gli infermieri Vicentini e Veneti.

“La ricetta per curare il nostro SSN sembra passare soprattutto attraverso gli infermieri. Tuttavia non nell’auspicabile verso di migliorare l’assistenza, quanto piuttosto lungo la via già attuata di perseverare nei tagli alla voce “personale” riducendo, di fatto, le capacità di risposta del sistema e costringendo il personale del SSN a turni straordinari di lavoro che possono mettere a rischio lo stesso atto assistenziale”. Questo, in estrema sintesi, il parere espresso dai Collegi Ipasvi (Infermieri, infermieri pediatrici, assistenti sanitari) del Veneto e di Vicenza dopo l’esame del documento “Definizione dei valori di riferimento per il personale di assistenza del comparto dedicato alle aree di degenza ospedaliera”, messo a punto dalla Regione Veneto.

Una “prescrizione terapeutica suicida”, come la definisce, non senza ironia, Federico Pegoraro del Consiglio direttivo Ipasvi di Vicenza. “Il documento - spiega Federico Pegoraro - si chiude con una tabella in cui sono elencati i valori di riferimento a cui dovranno tendere tutte le Aziende Sanitarie regionali. Senza entrare nelle questioni eccessivamente tecniche, basti dire che la Regione ha fissato in 170 i minuti di assistenza per paziente al giorno nelle aree di medicina e chirurgia, quando nelle “Raccomandazioni e standard italiani per dotazioni infermieristiche ospedaliere sicure per le aree mediche e chirurgiche generali”, elaborato da un gruppo di esperti di diverse aziende ospedaliere del nord Italia, si raccomanda di garantire 220 minuti di assistenza per paziente al giorno nelle suddette aree, ritenendo che 200 minuti totali al giorno, con una proporzione di operatori di supporto che non superi il 30%, rappresenti lo standard minimo di adeguata tutela”. Ci preme sottolineare, a scanso di equi-



voci, afferma Federico Pegoraro, che la nostra presa di posizione non vuol essere né di natura politica, né sindacale. Abbiamo incontrato nelle scorse settimane i dirigenti dei Servizi Professioni Sanitarie delle ULSS 3, 5 e 6, per una migliore comprensione sulle ricadute rispetto ai valori di riferimento presentati. Si è discusso del tema in più Consigli direttivi del collegio IPASVI di Vicenza, così come in quelli del Veneto e si è acquisita la valutazione espressa dal Coordinamento regionale dei Responsabili Servizi Infermieristici e Coordinatori dei Corsi di Laurea in Infermieristica. Anche quest’ultima in linea con le analisi da noi espresse. Infatti, se da un lato è vero che a seguito della L. 135/12 (Spending Review) con maggiori o minori risultati, tutti gli enti del SSN si sono impegnati a conseguire un risparmio economico, dall’altro il taglio

prevalentemente operato sui servizi potrebbe indurre nel medio periodo ad un effetto controproducente anche sotto il profilo economico. Tra il 2000 e il 2010, l’Italia ha registrato la crescita più bassa della spesa sanitaria pro-capite tra tutti i Paesi avanzati attestandosi oltre 10 punti percentuali sotto la media OCSE. Sembra evidente che una ulteriore riduzione del livello dei servizi sanitari comporterebbe un peggioramento dello stato di salute della popolazione servita, con evidenti ricadute in termini di fabbisogno di servizi sanitari più gravosi con l’andare del tempo. In altre parole quando è necessario chiudere i rubinetti della finanza si interviene dove si può e non invece dove sarebbe più opportuno”.

a cura di
Gian Maria Fanchin
Vice Presidente



30 DIE
Sanità

OASI 2013/ Analisi del Cergas Bocconi sulla composizione professionale del personale

Skill mix per medici e infermieri

Integrazione possibile per ottimizzare l’assistenza - Le esperienze internazionali

La ricerca Cergas Bocconi, pubblicata sul Rapporto Oasi 2013 sulla composizione professionale del personale mostra, rispetto al confronto internazionale, come vi siano numerose esperienze di modifica nel perimetro di attribuzione delle competenze tra medici e altre professioni sanitarie, in particolare quella

so all’Atsl di Grosseto e il soccorso extraospedaliero all’Azienda regionale per l’emergenza-urgenza (Aereu) in Lombardia. La Atsl di Grosseto è una delle strutture in cui nel 2010 è stata avviata la sperimentazione regionale del see&treat. Il modello prevede che in pronto soccorso i pazienti affetti da problematiche minori siano

sempre più frequenti, e come - sebbene diffuse principalmente a livello di assistenza primaria - sempre più si stiano estendendo anche al mondo delle cure per acuti. Inoltre nei Paesi analizzati è emerso che nuovi ruoli professionali si sono sviluppati anche in assenza di riconoscimenti formali a livello nazionale quali nuovi profili o

30 DIE
Sanità

Veneto: varata una delibera che fissa i tempi minimi di assistenza ai pazienti nei reparti ospedalieri

Nursing, ecco i fabbisogni standard

Le Asl dovranno adeguarsi entro il 2015 - Niente tagli: esuberanti sul territorio

Una griglia di riferimento per i fabbisogni standard di infermieri e Oss negli ospedali. È il contenuto della delibera approvata dalla

che dovesse eventualmente risultare in esubero. «Ove dall’applicazione di nuovi modelli organizzativi implementati dalle aziende - si legge nella

minazione dei nuovi valori minimi di riferimento dovessero liberarsi delle risorse di personale, queste saranno utilmente impiegate nelle stesse aziende

dell’assistenza territoriale». «Perché i costi standard non rimangano parole - ha commentato il governatore del Veneto, Luca Zaia - ma si

**IL GIORNALE
DI VICENZA**

LE REAZIONI. Il testo approvato a Venezia il 30 dicembre secondo l’Ipasvi rischia di smantellare il sistema sanitario

«Così si sottrae personale nei reparti»

Il Collegio degli infermieri contesta la delibera «A disposizione solo 185 minuti per paziente»

nuano a falsificare la realtà». Questa, in estrema sintesi, la sentenza del Collegio degli Infermieri di Vicenza (Ipasvi), riunitosi in Consiglio direttivo

perfino sconcertante. Senza entrare nelle questioni eccessivamente tecniche, basti dire che la Regione ha fissato in 185 i minuti di assistenza per

punto, di garantire non meno di 200 minuti di assistenza per paziente al giorno. Con l’applicazione dei parametri fissati dalla delibera regionale

SANITÀ. La delibera della giunta regionale ora attende il Consiglio

Assistenza e cure Minuti contati per gli infermieri

ALS. Bortolo si misureranno i tempi che servono a garantire i livelli del servizio. Aiuterà a capire i carichi di lavoro. Cardone: «I parametri ci sono»

ni specifiche». Il dott. Cardone, che, fra l’altro ha fatto parte del gruppo di lavoro regionale diretto dal segretario Domenico Mantoan che ha elaborato gli standard, ribadisce che non bisogna lasciarsi la testa.

«Questi parametri sono il risultato di un mix complesso. È ovvio che un reparto collocato su due piani saprà i limiti del minutaggio, e che bisognerà rivedere l’assetto logistico per rendere omogenea la tipologia assistenziale. Dovremo fare un’attenta riflessione per trovare una giustificazione, se esiste, a tutte le situazioni che sfiorano gli standard. Ci sarà da capire se il personale viene utilizzato bene e se occorre una riorganizzazione, per, poi, sottoporre alla Regione le criticità e trovare una soluzione».

di Treviso
la tribuna

«No all'infermiere con il cronometro»

Sindacato e collegio Ipasvi contro l'assistenza a tempo dovuta al ridimensionamento del personale: «Salute a rischio»

di **Valentina Calzavara**

«No ai malati a tempo». Sindacati e Collegio trevigiano degli infermieri Ipasvi si schierano contro la delibera regionale 214 che prevede il

zienti a rimettercene. Quando suoneranno il campanello del ricovero, attenderanno, a rischio e pericolo loro e del lavoratore che ne è responsabile».

A bocciare con forza il prov-

fessionali, e assistenti sanitari, chiede a gran voce un'audizione prima che il testo giunga in Quinta Commissione.

Lo fa sapere la presidente Elva Massari: «Ribadiamo l'importanza dell'assistenza

Ma a diminuire non sarebbe solo il tempo per degente bensì anche il rapporto tra numero di operatori e pazienti, che da 3 a 1 scende a 2 a 1, conclude la presidente: «Ben venga la razionalizzazione

CORRIERE DEL VENETO

VICENZA

Sanità Il collegio degli infermieri contro la delibera della Regione. Pegoraro: «Il sistema è a rischio collasso»

«Assistenza a tempo? Prescrizione suicida»

L'Arena

LA SANITÀ CHE CAMBIA. La Giunta veneta ha approvato la delibera che determina il fabbisogno dei tempi standard del personale non medico

In corsia assistenza col cronometro

In 24 ore 700 minuti per i degenti in area critica, 185 per la puerpera
Il collegio degli infermieri: «Le regole servono, ma così non va bene»

di **Paola Colaprisco**

Dai costi standard ai tempi standard. La sanità pubblica si affida agli algoritmi dell'eco-

ai quali si è altresì stabilito quanti infermieri e operatori sociosanitari debbano essere in attività. «Ciò vuol dire», aveva evidenziato Coletto, «che in nessun reparto veneto si assi-

neto aveva quindi chiesto di introdurre alcune modifiche al provvedimento elaborato dalla Giunta. In particolare, chiedevamo di modificare gli standard, considerando irrinun-

le più umano", quando le forze umane messe in campo sono queste. Diciamo che con questa delibera la Regione conta soprattutto di risolvere il problema delle piante organiche

CORRIERE DEL VENETO

Sanità Il portavoce di Padova: «Le cure dipendono dai bisogni dei malati, non si possono cronometrare». Il coordinamento veneto: «Base per la riforma»

Assistenza in minuti, infermieri divisi: «Inutile». «Saggio»

VENEZIA — Deve ancora appro- Ginecologia; 195 in Medicina spe- fermieri —. Dall'introduzione di ta-

I quesiti degli infermieri

Consegna infermieristica

Le chiedo informazioni relative ai contenuti formali della consegna infermieristica. In particolare mi interessa conoscere le conseguenze legali in cui si può incorrere qualora si mettano in evidenza carenze organizzative o mancati interventi del medico. Ringrazio anticipatamente per la collaborazione

Egredia collega, al diario infermieristico è riconosciuta la qualifica di atto pubblico posto in essere da un pubblico impiegato incaricato di un pubblico servizio per uno scopo inerente alle sue funzioni.

Il diario infermieristico serve a documentare fatti inerenti all'attività infermieristica e alla regolarità delle operazioni che l'infermiere svolge.

Secondo le moderne concezioni del nursing la cartella infermieristica è uno strumento fondamentale. Essa consente di trascrivere, nelle sue diverse parti: i dati raccolti, le diagnosi infermieristiche individuali, la pianificazione, l'attuazione degli interventi previsti e la valutazione del percorso assistenziale.

L'adozione della cartella infermieristica è specificatamente prevista dal D.P.R. 384 del 1990 che recepisce l'accordo per il contratto collettivo dei dipendenti del Servizio Sanitario Nazionale. In tale dispositivo l'adozione della cartella infermieristica è un elemento di valutazione di qualità dell'assistenza infermieristica.

In mancanza di una vera e propria cartella infermieristica rivestono la qualifica di atto pubblico il registro delle consegne o le consegne personalizzate compilate dagli infermieri.

Il contenuto delle consegne non è pre-determinato in nessuna fonte normativa, come è giusto che sia.

Il contenuto deve ricavarsi dall'attività infermieristica come oggi la intende il quadro normativo dopo le innovazioni apportate con le riforme all'esercizio professionale: Legge 42 del 1999 (accesso alla formazione post-base) e Legge 251 del 2000 (autonomia e responsabilità del ruolo).

Tipo e quantità di dati da registrare nella consegna infermieristica possono variare molto in base al contesto operativo e al

modello organizzativo. Ciò che rimane basilare è l'orientamento alla garanzia della continuità assistenziale.

Quindi è necessario che all'interno dell'unità operativa si trovi il giusto equilibrio nel decidere la quantità e qualità dei dati da documentare e trasmettere da un turno di servizio al successivo.

Non è vero che la cartella infermieristica o il diario delle consegne non abbia valore legale. Nei processi penali, infatti, per la ricostruzione dei fatti è sequestrata tutta la documentazione sanitaria, sia essa medica o infermieristica.

Peraltro, copia delle consegne infermieristiche sono allegate alla cartella sanitaria e consegnate all'utente che ne faccia richiesta.

Per i suesposti motivi è sempre raccomandata la maggior chiarezza e oggettività possibile nella compilazione delle consegne.

Cordiali saluti
Fabio Vicariotto

Ricusazione

Egregio dott. Vicariotto, alcuni infermieri di cure primarie, talvolta un po' frustrati a causa della scarsità dei risultati dei loro interventi, eseguiti da più anni, su pazienti per nulla complianti, con contesti igienici molto sca-

menti, rilevano esiti insoddisfacenti, per non dire nulli, denunciano sprechi di risorse di materiali e umane, osservano che non avviene alcun cambiamento del contesto sociale nonostante la costante opera di educazione sanitaria e l'intervento dei

servizi sociali. Chiediamo se gli infermieri possono ricusare i loro pazienti come fanno i MMG.

Cara collega, per quanto concerne la "ricusazione" le espongo quanto segue. Il rapporto tra i medici di medicina generale e il SSN è un rapporto di lavoro convenzionato. La convenzione è stipulata tramite un accordo collettivo nazionale con le organizzazioni sindacali di categoria maggiormente rappresentative.

L'accordo collettivo nazionale in vigore prevede, oltre alla possibilità dell'assistito di revocare la propria scelta del medico di fiducia, la possibilità che il medico ricusi l'assistito qualora ricorrano eccezionali e accertati motivi di incompatibilità. In particolare, l'art. 27 comma 3 del DPR 270/2000 recita: "Il medico che non intenda prestare la propria opera in favore di un assistito può in ogni tempo ricusare la scelta dandone comunicazione alla competente Azienda. Tale revoca deve essere motivata da eccezionali ed accertati motivi di incompatibilità ai sensi dell'art. 8, comma 1, lett. b) del D.L.vo n. 502/92 e successive modificazioni. Tra i motivi della ricusazione assume particolare importan-

za la turbativa del rapporto di fiducia. Agli effetti assistenziali la ricusazione decorre dal 16° giorno successivo alla sua comunicazione".

Gli infermieri che lavorano nel contesto delle Cure primarie operano in rapporto di dipendenza dalla Pubblica amministrazione e sono sottoposti ad una responsabilità di tipo amministrativo-disciplinare.

L'infermiere, pertanto ha l'obbligo di attenersi a quanto previsto dal Codice di comportamento dei dipendenti pubblici (DPR 62/2013) e dalle specifiche disposizioni di servizio (leggi: impegnativa rossa con richiesta di prestazione a domicilio).

In particolare, per quanto riguarda i rapporti con i destinatari della sua azione, esso è tenuto ad assicurare la piena parità di trattamento astenendosi da azioni arbitrarie che abbiano effetti negativi o che comportino discriminazioni basate su [...] condizioni sociali o di salute.

L'infermiere, in quanto professionista, ha inoltre il dovere di attenersi a quanto previsto dal Codice deontologico che, ricordo, affermare la sua responsabilità nell'assi-

stere, nel curare e nel prendersi cura della persona nel rispetto della vita, della salute e della libertà dell'individuo.

Diversamente, il Codice di deontologia medica (art. 28) prevede che "qualora abbia avuto prova di sfiducia da parte della persona assistita [...] il medico può rinunciare all'ulteriore trattamento, purché ne dia tempestivo avviso; deve, comunque, prestare la sua opera sino alla sostituzione con altro collega, cui competono le informazioni e la documentazione utili alla prosecuzione delle cure, previo consenso scritto dell'interessato".

L'unica fattispecie in cui è prevista una sorta di "ricusazione" del paziente da parte dell'infermiere è quella delle procedure direttamente connesse all'interruzione volontaria della gravidanza (L. 194/1978).

Cordiali saluti
Fabio Vicariotto

a cura di
Fabio Vicariotto



Fresco di... LETTURA

“Assistenza infermieristica: filosofia e scienza del CARING”

“Un giorno, dopo che avremo dominato i venti e le onde, la gravità e le maree, chiederemo a Dio le energie per l'Amore”.

Teilhard De Chardin

Scheda libro

Titolo:
Assistenza infermieristica: filosofia e scienza del CARING

Autore:
Jean Watson

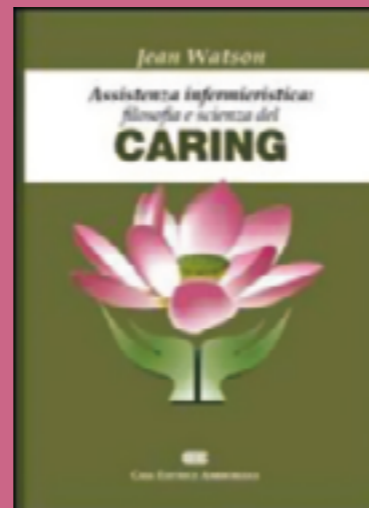
Traduzione:
Clarissa Fregasi Moscatelli

Editore:
Casa Editrice Ambrosiana

Edizione: 2013

Pagine: 320

Titolo originale:
Nursing: The Philosophy and Science of Caring,
Revised edition di Jean Watson



Introduzione

...”L'assistenza (Caring) inizia con l'essere presenti, aperti alla compassione, alla misericordia, alla gentilezza, alla bontà e alla serenità anzitutto verso e con se stessi, prima di poter offrire un'assistenza compassionevole agli altri. Comincia con l'amore all'umanità e a tutto ciò che vive: le vicissitudini delle esperienze immanenti, impercettibili, radiose fatte di luce e ombra che accadono lungo la strada, onorando il mistero, ciò che non rimane e che cambia, partecipando attivamente, con gioia a tutto, nel dolore, nella gioia e in ogni cosa”.

La cosa più importante, spiega l'autrice, è comprendere che lo Human Caring si vive. Prima di tutto con se stessi, poi il resto è un processo evolutivo: c'è l'essere in cammino ognuno con il suo passo, con il suo volto. Non si tratta solo di una teoria infermieristica, ma di un modello, una

filosofia, uno stile di vita, pronto ad aprirsi su un grande scenario. Gli infermieri hanno bisogno di intraprendere il dialogo su come sia possibile dimostrare una gentilezza amorevole verso se stessi, gli altri e il mondo.

La Human Caring è una filosofia dell'assistenza che si fonda sulla centralità della persona e che, pur nascendo in ambito infermieristico, si apre a tutte le professioni. Mai come in questo momento storico, politico ed economico trovare elementi comuni tra professionisti mi pare vitale per il miglioramento della rete dei nostri servizi sanitari, assistenziali e sociali.

Le caratteristiche dello Human Caring sono tali da connotarsi come un utile modello di riferimento per l'assistenza nel nuovo millennio.

Nei miei libri, prosegue Jean Watson, si approfondiscono gli aspetti filosofici e trans personali del momento di assistenza (Caring Moment) come la struttura

concettuale centrale dell'impianto teorico collocando le idee teoriche all'interno di un contesto più ampio di etica, arte e persino metafisica. Una professione che non possiede un linguaggio che le è proprio non esiste, è quindi importante attribuire un nome, rivendicare, esprimere con chiarezza e agire sui fenomeni di assistenza in generale e infermieristica perché la professione assolva il suo mandato e la sua ragion d'essere per la società. L'importanza del riconoscimento esplicito delle dimensioni spirituali dell'assistenza e della guarigione, in quanto le scienze umane differiscono dalla scienza convenzionale, l'orientamento stesso si opera attraverso esperienze umane e fenomeni che riguardano l'assistenza-guarigione umana, la salute e la vita.

Un Caring Moment può essere un punto di svolta assistenziale per l'infermiere, perché implica il fermarsi, lo scegliere di “vedere”; è un'azione ispirata, guidata da

intenzionalità e coscienza di come “essere” completamente presente in quel momento, aperto all'altra persona, aperto alla compassione e alla relazione personale, oltre il comune mettere al centro il controllo del proprio ego. Nel Caring Moment l'infermiere coglie la forma dell'istante così come si presenta ed è in grado di “leggerne” il campo, oltre l'aspetto esteriore e il comportamento del paziente. Il momento è “trans personale” quando l'infermiere è capace di vedere e unirsi con lo spirito altrui, aperto a espandere la possibilità di ciò che può accadere.

“Il sé che impariamo o scopriamo è il sé di ciascuno: è universale. Noi impariamo a riconoscerci negli altri”.

La prospettiva postmoderna tenta di proiettare l'assistenza infermieristica/sanitaria nel mezzo del XXI secolo. Per assistere e per guarire nel futuro sarà necessaria l'energia yin femminile, energia che la professione infermieristica e la società stanno riscoprendo in quanto l'attuale energia yang dominante non è fonte di guarigione. Questa svolta evolutiva evoca un ritorno al centro sacro dell'umanità, facendoci tornare al mistero e alla meraviglia delle nostre vite, del lavoro e del mondo.

È stato riconosciuto in filosofie durature e tradizioni di saggezza attraverso i tempi, culture e una grande diversità di sistemi di valori, che l'amore è la più grande fonte di guarigione.

In questo quadro si prende atto che lavoriamo con forze di vita interiori, con l'energia vitale e con l'anima di sé e dell'altro e che abbiamo bisogno di connetterci con il campo infinito universale.

Il libro

Il libro è un'edizione rivista del testo originale del 1979 con una prospettiva attuale e, in 30 anni, una evoluzione delle idee originali che si sono sia confermate, sia ampliate. La conoscenza del Caring non può essere data per acquisita, è uno sforzo epistemologico, etico e teoretico che richiede una spiegazione e uno sviluppo costanti e abbraccia le arti, le discipline umanistiche e le scienze cliniche. Questa disciplina racchiude un'ampia visione del mondo, rispetta l'umanità in evoluzione, piena di meraviglia e d'incognite così come prospettive fissate e note sul nostro mondo.

La prima parte del libro individua le competenze ontologiche per lo sviluppo dell'alfabetizzazione assistenziale. Alcune di queste dimensioni sono: capacità di “leggere sul campo” quando si entra nello spazio vitale di un'altra persona. Capacità di posizionare sé e l'altro per porre in essere azioni di conforto, lenitive e calmanti. Percepire i sentimenti degli altri in modo accurato. Incoraggiare e ascoltare in modo autentico il significato interiore, la



storia soggettiva dell'altro. i “dieci Carative Factor” sono identificati come nucleo essenziale della pratica infermieristica professionale. Essi rappresentano le attività e gli orientamenti principali che un infermiere professionista usa nel prestare assistenza. Proseguendo nel percorso di conoscenza ed evoluzione delle teorie si passa dal concetto di “Carative” a quello di “Caritas”. La nozione di Caritas offre così un nuovo vocabolario/fenomeno per un ambito di indagine che conduce a un ulteriore sviluppo teorico e cognitivo a livello disciplinare nelle scienze infermieristiche e nella scienza dell'assistenza.

È quando includiamo e riuniamo l'assistenza e l'amore nel nostro lavoro e nelle nostre vite che scopriamo e affermiamo che l'assistenza infermieristica è più di un lavoro. È una carriera che dà e riceve la vita (life-giving e life-receiving) e che fa crescere e imparare per tutta la durata della vita. Proseguendo nella lettura del libro ci si addentra nei vari processi che permettono di sviluppare le competenze necessarie per aderire e sostenere le pratiche della Caritas per l'assistenza-guarigione (Caring-Healing). Nella mentalità buddhista, gli infermieri in questo modello più profondo di “essere-il-lavoro” (Being-the-work) diventano bodhisattva: coloro che benedicono gli altri e che diventano una benedizione per sé e per gli altri. Le tabelle e gli esercizi all'interno del libro permettono di sviluppare le pratiche assistenziali di guarigione e di coscienza e aiutano a manifestare l'energia d'AMORE e compassione della Caritas. Il mandato della Nightingale è la conoscenza condivisa che il ruolo dell'infermiere è quello di mettere il paziente nelle condizioni migliori perché la natura possa agire su di lui. Queste rela-

zioni di assistenza, di guarigione, d'amore sono naturali e nel modello della Nightingale tali rapporti pongono la persona nelle migliori condizioni perché la natura agisca su di lei. Nel modello fondato sulla Caritas della scienza infermieristica, è la coscienza della Caritas all'interno della relazione a guidare le azioni professionali e queste contribuiscono alla guarigione e all'integrità della persona. La conoscenza della psicologia, della psicodinamica e della psichiatria, così come le esperienze di vita comune, ci aiutano a capire e a comprendere il potere e l'importanza delle emozioni e delle situazioni più profonde che possono aver scatenato specifici sentimenti. Oltre a questo nel modello Caritas si trova una visione evolutiva e unitaria del sistema di energia dei bisogni fondamentali che va oltre il modello gerarchico dei bisogni di Maslow: i sette chakra. Tale modello invita l'infermiere Caritas, che ha raggiunto un livello evoluto, a prepararsi per atti e pratiche di assistenza-guarigione più intenzionali e coscienti, finalizzate ad equilibrare le energie corporee e spirituali, di pensiero e azione, fisiche e mentali per la salute e la guarigione.

Si può quindi concludere dicendo che l'infermiere Caritas si impegna a coltivare l'assistenza umana compassionevole, lavorando con un cuore e una mente aperti e intelligenti e con una coscienza piena di spirito di gentilezza amorevole, serenità, perdono e compassione per sé e per l'altro.

Ringrazio tutti con il cuore per avermi dato, attraverso questa recensione, un'ulteriore opportunità di crescita sia personale che professionale.

a cura di
Sonia Capozzo
Consigliere





Implementazione della Behavior Based Safety (B-BS) e processo di auto-osservazione

Ogni anno in Italia più di un milione di persone subisce un infortunio sul lavoro; si tratta di un numero che rimane costante negli anni e che preoccupa, soprattutto in considerazione del fatto che da molti anni le lavorazioni pericolose vengono sempre più delegate a industrie collocate fuori dal nostro Paese.

Tutta la comunità scientifica concorda sul fatto che la stragrande maggioranza degli infortuni sono determinati da comportamenti inadeguati piuttosto che da condizioni o dispositivi di sicurezza carenti. Poche sono tuttavia le imprese che riescono a incidere sui comportamenti insicuri e poche di conseguenza riescono a innescare un processo di miglioramento dei risultati di sicurezza. L'inefficacia delle attuali metodologie per la promozione della sicurezza in azienda è dunque sancita senz'appello dai dati oggettivi. Tali metodologie, nate nell'ambito delle scienze del comportamento e segnatamente nel campo della Behavior Analysis, si sono evolute in una famiglia di metodi e tecniche nota come Behavior Based Safety che, adottata in moltissime industrie negli Stati Uniti e in tutto il mondo, (oggi anche in Italia) si è dimostrata estremamente efficace nel ridurre gli infortuni, a certe condizioni, anche di 10 o 100 volte rispetto alla media dei comparti industriali di riferimento.

Con il termine "Behavior Based Safety" (B-BS) si intende uno specifico approccio alla prevenzione degli infortuni nelle aziende che, sviluppando in tutti i lavoratori una "cultura condivisa" della sicurezza, agisce cercando di eliminare e/o migliorare i comportamenti critici che possono generare incidenti.

Un primo studio completo del comportamento negli infortuni, si deve a Herbert William Heinrich, ispettore della "Travelers Insurance Company" che, dopo avere esaminato migliaia di rapporti d'incidente, pubblicò l'esito della sua ricerca in un libro: "Industrial Accident Prevention (1931)".

Tale lavoro è il fondamento della teoria denominata "B-BS", teoria che sintetizza come circa il 90% di tutti gli incidenti verificatisi sul posto di lavoro è causato da comportamenti errati posti in essere dal lavoratore stesso.

Ne deriva che, il comportamento non corretto del lavoratore rappresenta una delle

cause principali degli incidenti sul lavoro. La messa in atto di effettivi comportamenti sicuri da parte dei lavoratori sul posto di lavoro tuttavia non dipende solamente dalle attività di formazione e di addestramento ma dall'influenza esercitata dall'ambiente (inteso non solo come "ambiente" fisico – ovvero il posto di lavoro ma anche come quell'insieme di stimoli, situazioni, interazioni con colleghi e superiori) nel quale opera il lavoratore.

La B-BS si esplica nell'applicazione della scienza dell'analisi comportamentale applicata ai temi della sicurezza sul lavoro. I problemi comprendono tutti i dipendenti e coinvolgono l'architettura, attrezzature, sistemi di gestione, processi di lavoro e la gestione dei comportamenti.

La B-BS è costituita da un complesso di metodologie e di tecniche in grado di:

- individuare gli specifici comportamenti non sicuri sui quali intervenire e la loro incidenza relativa;
- esplorare in maniera approfondita le cause – a monte e a valle – di tali comportamenti;
- guidare alle azioni e agli interventi da mettere in atto per rimuovere tali cause e motivare la messa in atto di comportamenti sicuri;
- fornire (in presenza di numeri elevati, quindi in linea di massima nelle grandi organizzazioni) elementi predittivi dell'andamento degli infortuni.

Ciò viene fatto in un quadro di forte coinvolgimento dei lavoratori, dei preposti e di tutte le componenti aziendali che influiscono sulle condizioni di sicurezza all'interno delle aziende.

Tale disciplina sottolinea che i comportamenti sono evocati da stimoli "antecedenti" ossia stimoli fisici che appartengono all'ambiente fisico che precedono e suggeriscono il comportamento (ad esempio un cartello di obbligo di utilizzo di un DPI che ne suggerisce l'utilizzo, il segnale di divieto di attraversamento in una determinata area che evoca il comportamento di fermarsi), ma sono mantenuti dagli stimoli "conseguenti", ossia tutto ciò che succede immediatamente dopo il comportamento (ad esempio il fastidio della mascherina pieno facciale all'interno dei comparti di sale operatorie).

Il successo dell'implementazione di un protocollo sulla sicurezza è basato sulla corretta individuazione e gestione degli stimoli antecedenti e delle conseguenze. In particolare è fondamentale cogliere le persone quando fanno la cosa giusta per rinforzarne il comportamento sicuro desiderato.

L'approccio B-BS richiede di:

- accertarsi sempre che il lavoratore riceva messaggi univoci;
- respingere la soggettività degli incidenti;
- rinforzare i comportamenti sicuri perché "socialmente" e "aziendalmente" accettati;

- analizzare le cause e non ricercare colpevoli;
- identificare e classificare gli atti critici (behavior inventory o pinpointing);
- monitorare la frequenza e degli atti critici sul posto di lavoro (percentuale degli atti sicuri sul totale);
- fare un'analisi comportamentale nei luoghi di lavoro, identificando le azioni correttive da porre in essere;
- attuare le azioni correttive, monitorare e valutare i risultati;
- validare il tutto e standardizzare;

Nei più grandi contesti operativi viene applicato il B-BS, quindi contestualmente la Behavior Analysis (analisi dell'applicazione del comportamento) è il principale centro di ricerca universitaria a livello internazionale nonché la principale fonte di informazioni sullo stato dell'arte nell'implementazione della B-BS.

La B-BS viene descritta nella letteratura scientifica/tecnica da diversi studiosi (esempio Petersen 1989, Krause 1990, Geller 1995 e altri); rientra nelle norme di accreditamento del CCBS Cambridge Center for Behavioral Studies, Istituto americano del Massachusetts (USA2003), nelle linee guida CEFIC, European Chemical Industry Council (EU 2004) e nel documento tecnico DT-59 Certiquality, Istituto della certificazione della qualità (EU2010). Altri metodi tradizionali sono considerati completamente ascientifici. Infatti la B-BS si differenzia da tutti gli altri sistemi di sicurezza che dichiarano di agire sul comportamento. Dalla letteratura si rileva che esistono nel mondo ben 309 sistemi che agirebbero sui comportamenti, ma solo B-BS, è il protocollo che vanta studi statistici controllati di 3° livello che dimostrano veramente l'efficacia. Tutti gli altri sistemi basano le loro affermazioni su dichiarazioni soggettive degli esecutori o su studi non controllati.

IL PROCESSO DI AUTOSSERVAZIONE

Il processo di osservazione è una componente utilizzata all'interno dei sistemi di sicurezza comportamentale. Solitamente l'osservazione è un'attività esibita da chi

la sta conducendo e non nascosta, questo per evitare che il sistema sia percepito come punitivo: aspetto fondamentale per misurare effettivamente le performance di sicurezza e consentirne un miglioramento. L'osservazione nei processi standard è costituita da una serie di fasi precise:

- **avvio dell'osservazione**
- **registrazione dei dati**
- **erogazione dei feedback**



Le prime due fasi consistono nella compilazione delle check-list da parte di un collega di lavoro denominato "osservatore" che interrompendo per pochi minuti le sue attività lavorative, osserva i comportamenti dei colleghi e registra sul modulo i comportamenti sicuri ed insicuri attuati. Al termine della registrazione, l'osservatore eroga il feedback ai colleghi osservati e quindi riprende la sua attività.

Molto spesso però in contesti particolari risulta assai difficile attuare quanto descritto, poiché oltre ad evidenti problematiche organizzative, tale dinamica comporterebbe il rischio di costruire un processo percepito come punitivo, orientato a colpevolizzare il lavoratore (blame the worker). In questi casi sarebbe opportuno prevedere una diversa modalità di effettuazione del processo, ovvero l'auto-osservazione. Essa viene utilizzata in maniera proficua all'interno delle Università in ambito cli-

nico; un po' meno scientificamente viene utilizzata dagli atleti per aumentare le proprie performance e anche seppur in misura minore anche da ognuno di noi per migliorare una data prestazione individuale.

La teoria sociale-cognitiva sottolinea che le auto-osservazioni sono componenti principali di autoregolamentazione nel processo di modifica del comportamento: gli operatori che attuano dell'auto-osservazioni sono molto più propensi a svolgere il proprio lavoro in modo sicuro. Ciò si spiega con il principio di coerenza. Quando i nostri comportamenti sono diversi dalle nostre credenze nel soggetto si sviluppa una sensazione di disagio. Quindi, porre in essere un comportamento non sicuro genera un conflitto interno, un disagio. Per eliminare questo disagio non resta che comportarsi in maniera sicura.

A conclusione di quanto espresso verrebbe da chiedersi: perché implementare la B-BS ed effettuare autosservazioni? Si citano solo brevi risposte che possano auspicare spunti di riflessione per i professionisti infermieri impegnati nella propria quotidianità lavorativa.

- Perché intervengono sul fattore base degli incidenti: il comportamento
- Perché possono essere elementi misurabili
- Perché non hanno caratteristiche di essere sistemi di tipo punitivo
- Perché contribuiscono alla diffusione di una JUST CULTURE cultura della sicurezza in azienda
- Perché possono coinvolgere attivamente tutta la scala gerarchica della organizzazione verso una crescita manageriale vincente



BIBLIOGRAFIA

1. A.A.R.B.A., Association for the Advancement of Radical Behavior Analysis, International Conference : " Behavior-Based Safety. Organizational Behavior Management", 9-10 maggio 2013 Verona.
2. Aubrey C. Daniels, Ph.D , What is Behavior-Based Safety?, tratto dal sito: <http://aubreydaniels.com/pmezine/what-behavior-based-safety-look-history-and-its-connection-science>, data d'accesso dicembre 2013.
3. Frederick, J. Comprehensive Health and Safety vs. Behavior-Based Safety: The Steelworker Perspective on Behavioral Safety (Part 2). Remarks to the 1999 Behavioral- Safety Now Conference. Las Vegas, Nevada, October 6. (1999)
4. Heinrich, H. W. (1931). Industrial accident prevention: a scientific approach. McGraw-Hill
5. La Behavior Based Safety (BBS): metodologie scientifiche per la gestione dei comportamenti di sicurezza sul lavoro, tratto dal sito: <http://bbs3.it/index.php/chi-siamo/bbs-padova>, data di accesso dicembre 2013.
6. T. R. Krause, "The Behavior-Based safety process", Hoboken (2nd ed.), John Wiley & Sons (1996)

a cura di **Arianna Saugo**
Master sicurezza e rischio clinico





Storia dell'assistenza infermieristica

Nel V secolo a.C., Ippocrate di Coo fu una delle prime persone al mondo a studiare il concetto di assistenza sanitaria, guadagnandosi così il titolo di "padre della medicina moderna". In Europa la concezione occidentale di assistenza infermieristica fu applicata inizialmente dai monaci cattolici, che si presero cura dei malati e degli infermi durante il Medioevo europeo.

La storia dell'assistenza infermieristica moderna, intesa dall'Ottocento ai giorni odierni, è da considerarsi un processo in ascesa, culminato dai progressi della tecnologia, della cultura generale, del sapere scientifico e del progresso intellettuale in ambito sanitario. Il calo di mortalità iniziato nel Diciottesimo Secolo diventa più marcato nel Diciannovesimo Secolo proseguendo fino alla vigilia della prima guerra mondiale, nella quale oltre al calo di mortalità migliora parallelamente anche la speranza di vita alla nascita, nonostante ci siano delle disparità clamorose nelle diverse aree geografiche dell'Europa. Nell'Europa nord-atlantica il processo di evoluzione sanitaria inizia precocemente, a differenza di quella orientale e meridionale la quale avviene in modo tardivo e lento. Effettuando un paragone con il Settecento, nell'Ottocento avviene un aumento della vita media europea di circa 12 anni, mentre nel Novecento avviene un aumento della vita media di 25 anni.

Nell'Ottocento si inizia una sanificazione di tutte le istituzioni, carceri, ospizi, ospedali, ed avviene un'organizzazione globale di tutta l'assistenza sociale e sanitaria. In Italia, dopo la seconda metà dell'Ottocento, avviene l'Unità d'Italia ed il pensiero comune dei cittadini, che riguarda la salute come competenza statale, fa sì che si vengano a generare riforme e leggi che porteranno alla creazione dei primi sistemi di tutela sanitaria e sociale del Regno d'Italia. Alla proclamazione del Regno d'Italia nel 1861, "l'azione sanitaria dello stato è limitata alla difesa della salute della popolazione da cause morbide esterne, prevedendo unicamente la profilassi delle malattie infettive affidata ai prefetti, con l'assistenza sanitaria lasciata alla forma umanitaria o religiosa. In molte regioni sono presenti i medici dei poveri con il compito di curare gratuitamente coloro che sono iscritti in apposite liste, dette di povertà."

In Europa iniziano ad essere costruiti i



Florence Nightingale
(Firenze, 12 maggio 1820 – Londra, 13 agosto 1910)

primi ospedali con la nascita della figura del Direttore medico, mentre nel 1853 a Napoli viene fondata una scuola per infermieri. "Il compito di alleviare le sofferenze dei malati, considerato poco nobile nella gerarchia sociale, è delegato da sempre al sesso femminile, garante dello sviluppo e del mantenimento della specie."

Florence Nightingale è conosciuta come la fondatrice dell'infermieristica moderna, appartiene ad una famiglia inglese ricchissima e grazie agli insegnamenti del padre ottiene un'istruzione completa con un elevato risultato culturale.[1] Nacque il 12 Maggio del 1820 in Italia, a Firenze. Intraprese la professione infermieristica contro i desideri della famiglia.

Nel 1854 l'Inghilterra entra in guerra con una spedizione nel Mar Nero, in Crimea, con i francesi, in aiuto alla Turchia contro la Russia. La campagna militare inglese fu positiva ma incombe un grosso problema: i feriti e i malati della guerra morivano per mancanza di assistenza. Il ministro della guerra inglese Herbert inviò la Florence Nightingale in Crimea con un gruppo di infermiere, viene nominata sovrintendente del corpo delle infermiere degli ospedali inglesi in Turchia con il compito di organizzare la sfera assistenziale. Le principali cause di morte erano dovute alle epidemie di colera e di tifo, alla gangrena e alla dissenteria, ma non strettamente

correlate alle ferite di guerra. Florence Nightingale attuò una serie di provvedimenti quali:

- Pulizia degli ambienti;
- Camicie, lenzuola e biancheria;
- Lavanderia con una caldaia per bollire tutta la biancheria;
- Cucina per diete speciali;
- Stanze per l'alloggio delle infermiere.

In sei mesi Florence Nightingale è riuscita a ridurre la mortalità dal 42% al 2%. L'opinione pubblica inglese, a posteriori dalla guerra di Crimea, cambia idea nei confronti del ruolo dell'infermiere, in quanto "diviene simbolo di forza, misericordia, padronanza di sé di fronte al dolore, altruismo e solidarietà.". Nel 1860 pubblicò il libro "Notes on Nursing" e fondò la "Nightingale Training School for Nurses". La scuola viene basata su due fondamentali principi quali:

1. L'internato obbligatorio delle allieve nella "casa dell'infermiere" -> l'intento della Nightingale è di formare il carattere dell'infermiere secondo criteri morali estremamente rigidi.
2. La formazione infermieristica basata sul sapere, l'istruzione e la conoscenza -> lezioni teoriche giornaliere vengono impartite da medici e capo reparto e le allieve sono sottoposte ad esami e verifiche. L'istruzione secondo Nightingale non prevede alcuna interferenza nell'ambito medico, senza la sovrapposizione di attribuzioni, ma piuttosto le figure di infermiere e medico si sostengono a vicenda per il bene del malato.

Florence Nightingale fonda la concezione della moderna assistenza infermieristica, in quanto per assistere i malati è indispensabile possedere conoscenze che derivano anche dall'esperienza e che sono distinte da quelle mediche. Negli Stati Uniti ed in Inghilterra il modello Nightingale influenza la formazione, l'organizzazione del lavoro e la identificazione professionale, permettendo un'evoluzione professionale infermieristica in rapida ascesa con mete sempre più ambiziose, come nel 1911 in America, dove nacque l'organizzazione professionale American Nurses Association (ANA). Successivamente nacquero le organizzazioni professionali come la Canadian Nurses Association (CNA), l'International Council of Nurses (ICN), la National League of

Nursing (NLN). In Italia invece è attiva la Federazione italiana degli Infermieri e delle Infermiere degli Ospedali e dei Manicomio.

La prima rivista infermieristica risale al 1900, ovvero l'**American Journal of Nursing (AJN)**, gestita e pubblicata unicamente da infermieri. Nel 1909 apre la prima scuola universitaria di assistenza infermieristica in Minnesota.

Nel 1919 la Rockfeller Foundation fonda la Committee for the Study of Nursing Education per analizzare la formazione infermieristica negli Stati Uniti. Finanziò un modello sperimentale di formazione infermieristica che divenne in seguito la Yale School of Nursing, ovvero la prima scuola autonoma di infermieristica con un proprio preside, docenti, bilancio, e lauree conformi alle norme universitarie, considerato un punto fondamentale nella storia dell'educazione infermieristica.

In Italia **Amy Turton**, una signorina scozzese che nel 1890 viveva a Firenze dove faceva parte della colonia inglese, ebbe un ruolo importante nell'evoluzione dell'assistenza infermieristica. Infatti, dato che negli ospedali di Firenze poteva svolgere solo una attività di apprendista, fece un tale tirocinio presso l'Ospedale di Lucca per poi recarsi, su suggerimento della Nightingale, presso la scuola per infermiere ad Edimburgo. Tornata in Italia svolse la sua attività negli ospedali S. Spirito e S. Giovanni di Roma. In seguito ad un incontro con la principessa Stromboli, che gli proponeva di aprire una scuola per infermiere a Napoli, preferì continuare il suo lavoro a Roma ma fece chiamare come direttrice della scuola "Croce Azzurra" di Napoli Miss Grace Baxter. Questa, nata a Firenze (come la Nightingale) da genitori inglesi e cresciuta in tale città, si era diplomata infermiere nel celebre ospedale John Hopkins di Baltimora dove era successivamente diventata Caposala. Trasferitasi a Napoli iniziò il suo lavoro nel 1896 seguendo un sistema di formazione simile a quello della Nightingale a disciplina "quasi militare" con scuola convivito e corsi della durata di due anni. Diresse la scuola fino alla morte della principessa Strongoli nel 1913.

Anna Celli, nel 1901, che aveva frequentato la scuola laica per infermiere di Hamburg Heppendorf in Germania, iniziò dei corsi annuali. Il problema dell'assistenza a malati e bisognosi era sempre più sentito per cui, per rilevare le condizioni di assistenza in Italia, il Ministero dell'Interno italiano condusse un'indagine nel 1902 evidenziando che su 8.380 fra infermiere ed infermieri, il 40% erano suore, vi era una infermiere ogni 12 letti mentre in Inghilterra una ogni 5,4 letti e in Austria una ogni 4,8 letti. L'evidente carenza di infermiere e le motivazioni su riportate spinsero la Celli nel 1908 ad aprire anche una vera scuola per infermiere a Roma. Il tentativo però fallì perché alle iscritte mancava il titolo di studio, la quinta elementare. Le difficoltà che la Turton, la Baxter e la Celli incontrarono furono pertanto dovute soprattutto alla mancanza nella piccola-

media borghesia "dell'idea di voltarsi alla professione infermieristica che, vista anche l'evoluzione della medicina e delle terapie, non consisteva solo nel rifare il letto dell'ammalato e nell'alimentarlo". Sarebbe stato pertanto molto difficile trovare qualche infermiere con una preparazione culturale sufficiente per aprire e dirigere nuove scuole infermieristiche e venire così incontro alle molte necessità della popolazione.

Se afferma che la Nightingale, la Turton e la Baxter, "tre inglesi di Firenze" sono state le pioniere nello sviluppo, assieme ad Anna Celli, infermiere di estrazione culturale tedesca, l'Arte dell'infermiere in Italia.



Il Papa Pio X nel 1906 iniziò la attività della "Scuola-Ambulatorio S. Giuseppe" a Roma. La scuola si adeguò ai nuovi regolamenti italiani per la formazione infermieristica, istituì il corso per caposala, rilasciò fino al 1931, 929 diplomi, metà dei quali ad infermiere religiose, e nel 1933 ottenne l'approvazione statale.

Subito dopo l'istituzione della "Scuola-Ambulatorio S. Giuseppe", furono fondate varie scuole in tutta Italia. Fra queste vanno ricordate a Roma la scuola "San Gregorio al Celio" nel 1907, gestita dalle Suore Irlandesi Piccole figlie di Maria, la scuola "Anna Potter" nel 1908, la scuola "Regina Elena" nel 1910, presso l'Ospedale Umberto I di Roma e, sempre nel 1910, quella presso l'Ospedale Civile di Trieste, che prese il nome "Regina Elena" dopo la fine della guerra 1915-1918 ed oggi si chiama "Giulio Ascoli" ed infine la Scuola "Principessa Jolanda" a Milano nel 1912. Tutte queste scuole furono dirette da infermiere inglesi, compresa quella di Trieste a quel tempo sotto l'impero Austro-Ungarico, che avevano esperienza come caposala e sovrintendenti, si preoccuparono oltre che della didattica, del personale docente che doveva essere costituito da infermiere preparate presso opportune scuole onde formare delle infermiere capaci, migliorare l'assistenza, creare lo spirito professionale.

Nel 1914, nasceva le prime associazioni infermieristiche italiane che furono sostenute, durante il I Congresso Femminile Internazionale svoltosi a Roma, dal Comitato Nazionale Donne Italiane, affiliato al Council of Women fondato a Washington nel 1888, e dall'International Council of Nurses costituito nel 1899 dalla Ethel Bedford Fenwick, infermiere inglese allieva della Nightingale School. Tale Comitato, nel quale doveva confluire la più importante Associazione nazionale infermieristica dei vari paesi del mondo, si fondava su quattro principi: autonomia, acconfessionalità, apoliticità, democraticità. Lo scopo del Comitato era quello di rappresentare le infermiere nelle istituzioni dove si affrontano i comuni problemi della salute per migliorare la preparazione e la qualità dell'assistenza.

Nasceva così nel 1919 la **Associazione Nazionale Italiana Tra Infermiere (ANITI)**, con una sua rivista il "Bollettino Mensile", che entrò nel Comitato Internazionale delle Infermiere nella riunione tenutasi a Copenaghen nel 1922.

La ANITI fu estromessa dal Comitato Internazionale delle Infermiere con l'avvento del regime fascista dato che non poteva accogliere fra i suoi membri Associazioni azionali infermieristiche non libere e nel 1933 fu trasformata in Sindacato fascista infermiere diplomate.

Dopo la fine della seconda guerra mondiale si è assistito ad una progressiva evoluzione della professione e dell'assistenza infermieristica. Tutto ciò grazie alla maturità professionale delle infermiere, al grande senso di responsabilità e alla consapevolezza e conoscenza del proprio ruolo, agli sforzi profusi dagli organi di rappresentanza professionale, Collegi e Federazione IPASVI.

L'ANITI fu riammessa al Consiglio Internazionale delle Infermiere in occasione del congresso tenutosi a Stoccolma nel Giugno del 1949. **Nel 1954 furono istituiti i Collegi professionali IPASVI (Collegio Infermiere Professionali, Assistenti Sanitarie Visitatrici e Vigiliatrici di Infanzia)**, questo avvenimento è di estrema importanza per quanto riguarda la professionalizzazione infermieristica, in quanto questo è il momento in cui la collettività, ai sensi dell'articolo 2229 del Codice Civile, riconosce una occupazione quale professione intellettuale. Nel 1965 la prima Scuola per dirigenti dell'Assistenza infermieristica, nel 1971 la professione infermieristica fu estesa al personale maschile, nel 1973 le scuole per infermiere professionali diventano triennali in accordo con le indicazioni europee stabilite nel Rapporto di Strasburgo. Nel 1975 fu modificato l'ordinamento delle scuole per IIPP e i relativi programmi d'insegnamento e nel 1980 avviene la ratifica italiana che predispone il riconoscimento reciproco dei diplomi di infermiere nella Unione Europea.

Gli anni settanta vengono considerati anni di maggior sviluppo tecnologico, in cui il mondo sanitario vive l'invasione tecnologica più importante della propria storia

recente. Con l'avvento delle nuove tecnologie, si sviluppano numerose specializzazioni mediche e numerose tecniche curative; tuttavia, la professione infermieristica che vive questo momento si specializza e focalizza la propria attenzione più sull'avvento tecnologico piuttosto che porre attenzione sulle conseguenti modificazioni dei bisogni di assistenza infermieristica delle persone. In questi anni, che dal punto di vista storico-culturale sono visti come anni molto confusi e di crisi, "porta la classe infermieristica ad una sorta di crisi di identità della professione, la quale porta gli infermieri a cercare al di fuori del ter-

ritorio italiano, delle soluzioni e dei nuovi paradigmi interpretativi della realtà." Dunque ci sono da un lato un aumento delle responsabilità e di "mansioni" affidate agli infermieri (in riferimento al D.P.R. 14 Marzo 1974, n. 225, conosciuto come "mansionario"), e dall'altro lato la ricerca del significato di cosa è l'assistenza infermieristica. Nel 1992 viene abilitato il Diploma universitario secondo il Decreto Legislativo 1992, n. 502 all'esercizio della professione previa iscrizione all'Albo professionale. Nel decreto viene esplicitato che i diplomi e gli attestati conseguiti con il preceden-

te ordinamento (le scuole infermieristiche antecedenti al decreto), sono equipollenti al diploma universitario. Nel 2001, secondo il Decreto Interministeriale 2 Aprile 2001 (ai sensi del Decreto Ministeriale 3 Novembre 1999, n. 509), viene decretato che i corsi di diploma universitario si trasformano in laurea triennale e viene prevista la laurea specialistica nelle Scienze Infermieristiche, e si accede sulla base dei crediti acquisiti nella formazione di base.



L'infermieristica nell'era moderna

In questi ultimi anni l'istituzione dei corsi di laurea in infermieristica di primo e secondo livello, unitamente a master di specializzazione fino al dottorato di ricerca e la diffusione di numerose riviste scientifiche ha consentito di ampliare la cultura della professione. Gli infermieri hanno raggiunto conoscenze e capacità sempre più evolute per attuare profondi cambiamenti nell'assistenza; applicare nuovi modelli assistenziali e organizzativi; assumere ruoli importanti nella gestione del servizio sanitario o nella ricerca scientifica all'interno delle università. Tra i modelli assistenziali maggiormente diffusi, a livello internazionale, è quello elaborato dalla **North American Nursing Diagnosis Association (NANDA)**. Questo modello consente un approccio sistematico di risoluzione del problema e viene utilizzato nell'assistenza infermieristica individualizzata. Gli infermieri lo utilizzano per identificare e trattare i problemi reali o potenziali del paziente. Lo sviluppo di pia-

ni di assistenza infermieristica all'interno di un modello organizzativo di assistenza personalizzata consente una presa in carico olistica dell'individuo. Questo tema è stato dibattuto in un recente convegno tenutosi a Bassano del Grappa il 13 dicembre scorso. Il convegno dal titolo Pianificazione dell'assistenza infermieristica alla persona residente nei Centri di Servizio" aveva l'obiettivo di presentare l'applicazione e attuazione del modello NANDA nei Centri di Servizio della realtà bassanese coinvolti nel progetto: Casa di Riposo di Cartigliano, Centro Anziani Villa Aldina, Fondazione G. Rubbi, Istituto Palazzolo, Casa Sterni, Istituto Maria Ausiliatrice, RSA Tulipano. Durante la giornata di formazione è stato dimostrata la reale applicazione del modello teorico infermieristico (Gordon), l'utilizzo di un linguaggio infermieristico scientifico (Tassonomie NANDA-1, NOC, NIC) e la condivisione tra infermieri di metodi e strumenti in grado di elevare la qualità

dell'assistenza. Il convegno, moderato dalla dott.ssa magistrata in S.I. Antonella Mosele e dalla dott.ssa magistrata S.I. Luisa Anna Rigon, ha segnato una svolta importante per l'assistenza infermieristica e per lo sviluppo della professione, favorendo un processo continuo di apprendimento, legato ad una autonomia e responsabilità in continua ascesa. Al convegno, oltre a numerosi infermieri provenienti dalla provincia, hanno partecipato Elena Donazzan - Assessore Istruzione, Formazione e Lavoro Regione Veneto, Stefano Cimatti - Presidente della Conferenza dei Sindaci (Sindaco di Bassano), Fernando Antonio Compostella - Direttore Generale Azienda ULSS3 Bassano del Grappa, Alessandra Corò - (Direttore Servizi Sociali e Funzione Territoriale ULSS3).

a cura di
Leila Baretto
Consigliere



IL TEMPO DELL'ASSISTENZA: STANDARD ASSISTENZIALI & VALORI DI RIFERIMENTO

Venerdì 7 febbraio 2014 - ore 14,30
Centro Conferenze "Alla Stanga" - Piazza Zanellato, 21 - Padova

INTRODUCE FABIO MAZZUCATO Presidente Associazione Veneto&Salute	
<p>PRIMA SESSIONE 15,00 - 16,30</p> <p>MODERATORE FABIO MAZZUCATO</p> <p>L'esito dell'assistenza infermieristica come valore di riferimento Daniela SALMASO Docente Università degli Studi di Verona Ricercatore Fondazione E. Zancan - Padova</p> <p>Analisi dell'applicazione degli standard assistenziali Paolo BARELLI Responsabile Servizio Professioni Sanitarie Servizio Ospedaliero Provinciale - APSS - Trento</p> <p>Nuovi standard e nuovi progetti Marcello BOZZI Dirigente Servizio Professioni Sanitarie, A.O.U. - Siena</p> <p>Il tempo dell'assistenza nella sanità che cambia Ivan CAVICCHI Professore di Sociologia e Filosofia della Medicina Università degli Studi di Roma "Tor Vergata"</p>	<p>SECONDA SESSIONE 17,00 - 19,00</p> <p>TAVOLA ROTONDA (aperta alla cittadinanza)</p> <p>INTRODUCE ANDREA MERLO Tesoriere Collegio IPASVI Padova</p> <p>MODERATORE ANNA DE ROBERTO Giornalista Rete Veneto</p> <p>INTERVENGONO</p> <ul style="list-style-type: none"> > LUCA COLETTI Assessore Sanità Regione del Veneto > DOMENICO MANTOAN Segretario Generale della Sanità Regione del Veneto > LEO PADRIN Presidente V Commissione Sanità del Veneto > FABIO CASTELLAN Presidente Collegio IPASVI di Padova > MARCELLO BOZZI Direttore Professioni Sanitarie AOU Siena > IVAN CAVICCHI Docente Università degli Studi di Roma, "Tor Vergata"

SEGRETERIA ORGANIZZATIVA: Associazione Veneto&Salute
Info TEL: 348.39.43.675
www.associazionevenetoalite.it
segreteria@associazionevenetoalite.it

con il patrocinio:
IPASVI PADOVA
Istituto Professionale - Assessorato Sanità - Ospedale Civico



INFORMATI



COLLEGIO PROVINCIALE DI
VICENZA

www.vicenzaipasvi.it

e-mail: vicenzaipasvi@vicenzaipasvi.it

PEC: vicenza@ipasvi.legalmail.it