

focus infermiere
fi

n. 1+2 · ANNO 2016
Rivista Trimestrale Collegio IPASVI di Lucca
Reg. Trib. di Lucca n. 690/98

Poste Italiane s.p.a.
Spedizione in Abbonamento Postale D.L. 353/2003
(conv. in L. 27/02/2004 n.46) art. 1, comma 2, DCB Lucca



IPASVI

1+2

DUEMILASEDICI



**La copertina**

Questo è un momento particolarmente delicato per la Sanità Pubblica, momento caratterizzato da forti luci e ombre, dove talvolta è difficile distinguere con chiarezza il vero aspetto delle cose: abbagliati dalla troppa luce oppure in difficoltà a distinguere i contorni di quelle tenute in ombra.

Più che mai il contributo del Collegio IPASVI è prezioso, per non dire insostituibile: sempre alla ricerca della chiarezza, con la competenza per esprimere valutazioni sui vari aspetti e la naturale tendenza a dare elementi di riflessione, in modo che ciascuno possa elaborare una propria opinione.



IN QUESTO NUMERO...

- 2 **NOTIZIE DAL COLLEGIO** : Variazione nel Consiglio Direttivo
- 3 **LA VOCE DEL PRESIDENTE** di Maria Cristina Orsi
- 6 **NOTIZIE DAL COLLEGIO** : Infermieri: funzioni sanitarie "avanzate" in Emilia-Romagna di Anna Michelotti
- 7 **NOTIZIE DAL COLLEGIO** : Interventi sulla stampa del Collegio in merito alla Sanità lucchese a cura di Marianna Perilli
- 10 **NOTIZIE DAL COLLEGIO** : Sportello Possemato: il perché di uno Sportello d'ascolto per il benessere lavorativo a cura di Giuliana Landi
- 12 **NOTIZIE DAL COLLEGIO** : Attività Formativa IPASVI Lucca 2° Semestre 2015 di Catia Anelli
- 13 La "Clausola di Coscienza" nel Codice Deontologico dell'Infermiere di Rita Menesini
- 17 Nursing Quality Improvement : Conferenza NMC di Irene Del Carlo
- 23 **NOTIZIE DALLA FEDERAZIONE** : Giornata di formazione Collegi IPASVI per una "Amministrazione Trasparente" di Ilaria Cattalini e Guadalupe Capizzano
- 27 **VAI IN PENSIONE? LEGGI QUI**
- 28 La Responsabilità Professionale e il Ddl Gelli di Luca Benci
- 32 **CALENDARIO ATTIVITÀ FORMATIVE ECM - SECONDO SEMESTRE 2016**
- 33 **ECM FAD** Comunità di Pratica: PRIMARY NURSING, un approccio relazionale focalizzato sul Paziente
- 34 **ECM** Lo stile comunicativo eccellente dei Professionisti della salute secondo l'Enneagramma
- 36 **ECM** La responsabilità dell'Infermiere e la tutela assicurativa
- 38 **IL GRILLO PARLANTE**
- 41 **Correlazione tra Resilienza e benessere soggettivo negli Infermieri** di Donatella Del Debbio
- 44 **Qualità di vita nei Pazienti con Urostomia o Neovescica** di Elisa Gronchi
- 48 **SCHEDE** : Attivazione di una Casella di Posta Certificata (PEC)
- 49 **SCHEDE** : Questionario per tutti gli Iscritti con Laurea Magistrale
- 52 **NOTIZIE UTILI**

Supplemento/Insero n. 13 **ASSEMBLEA ANNUALE DEGLI ISCRITTI - Anno 2016**

focus infermiere

Rivista trimestrale

Poste Italiane S.p.A. - Spedizione in Abbonamento Postale - D.L. 353/2003 (conv. in L. 27/02/2004 n.46) art. 1, comma 2, DCB Lucca - Aut. Tribunale di Lucca n. 690/98

Direttore Responsabile: Maria Cristina Orsi

Vice Direttore: Lucia Belli

Capo Redattore: Anna Michelotti

Redazione: Ilaria Cattalini, Sauro Franceschini, Marianna Perilli

Il Consiglio Direttivo ha collaborato alla realizzazione della Rivista

Fonti fotografiche: L'INFERMIERE, organo ufficiale della Federazione Nazionale Collegi IPASVI - Archivio Segreteria Collegio IPASVI Lucca - Ufficio Stampa ASL 2 Lucca - Fonti pubbliche on-line.

Coordinamento e supervisione: GIULIANA LANDI

Impaginazione: SEGNO ADV - Porcari (Lucca)

Stampa: Tipografia "S. Marco Litotipo"

SEGRETERIA DEL COLLEGIO

Via Viaccia I, n.140 - S.ANNA - 55100 LUCCA

ORARI DELLA SEGRETERIA

Per contatti telefonici:

Lunedì e Giovedì ore 10,00 / 12,00

Sportello aperto al pubblico:

Mercoledì ore 8,30 / 12,30

Giovedì ore 15,30 / 18,30

Tel e Fax **0583 419114** Cell. TIM **334 7853928**

sito internet: www.ipasvi.lucca.it

Recapiti di posta elettronica:

info@ipasvi.lucca.it

segreteria@ipasvi.lucca.it

redazione@ipasvi.lucca.it

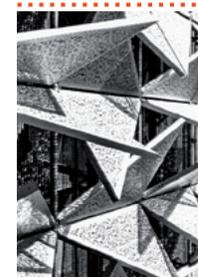
presidenza@ipasvi.lucca.it

amministrazione@ipasvi.lucca.it

ipasvilu@tin.it



1+2
DUEMILASEDICI





VARIAZIONE DEL CONSIGLIO DIRETTIVO

notizie dal collegio

2

A seguito delle dimissioni dalla carica di Vice Presidente rassegnate dalla AFD Cinzia Menconi per importanti motivi familiari, il Consiglio Direttivo ha disposto di conferire la carica vacante alla Dott.ssa Catia Anelli. Pertanto il nuovo Consiglio Direttivo risulta così composto:

INFERMIERI PROFESSIONALI
ASSISTENTI SANITARI
VIGILATRICI D'INFANZIA
Collegio Provinciale di Lucca

Data e Prot.

Oggetto: Variazione composizione Consiglio Direttivo

- MINISTERO DEL LAVORO E DELLE POLITICHE SOCIALI
- MINISTERO DELLA ISTRUZIONE, UNIVERSITA' E RICERCA
- MINISTERO DELLA GIUSTIZIA
- MINISTERO DELLA SALUTE
- FEDERAZIONE NAZIONALE COLLEGI I.P.-A.S.-V.I.
- PRESIDENTE ENPAPI
- PRESIDENTE REGIONE TOSCANA
- ASSESSORE REGIONALE AL DIRITTO ALLA SALUTE
- PREFETTO DI LUCCA
- PROCURATORE DELLA REPUBBLICA DI LUCCA
- PRESIDENTE DEL TRIBUNALE DI LUCCA
- QUESTORE DI LUCCA
- PRESIDENTE AMMINISTRAZIONE PROVINCIALE DI LUCCA
- SINDACO DEL COMUNE DI LUCCA
- DIRETTORE GENERALE AZ. USL NORD OVEST - SEDI PROVINCIA DI LUCCA
- DIRETTORE GENERALE AZ. UNIVERSITARIA OSPEDALIERA PISANA
- PRESIDENTE DELL'ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI E ODONTOIATRI DI LUCCA
- PRESIDENTE DELL'ORDINE PROVINCIALE DEI FARMACISTI DI LUCCA
- PRESIDENTE DEL COLLEGIO PROVINCIALE DELLE OSTETRICHE DI LUCCA
- PRESIDENTE DEL CORSO DI LAUREA IN INFERMIERISTICA - UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI PISA
- COLLEGI I.P.-A.S.-V.I. D'ITALIA

LORO SEDI

In ottemperanza alle vigenti disposizioni di Legge, a seguito delle dimissioni da vice presidente di Menconi Cinzia, si comunica che il Consiglio Direttivo ed il Collegio dei Revisori dei Conti del Collegio Ipasvi di Lucca risultano così composti:

CONSIGLIO DIRETTIVO:

PRESIDENTE	INF.DOTT.SSA	ORSI	MARIA CRISTINA
VICE PRESIDENTE	DOTT.SSA	ANELLI	CATIA
SEGRETARIO	INF.COORD.	CATTALINI	ILARIA
TESORIERE	INF.DOTT.SSA	TUCCI	GABRIELLA
CONSIGLIERE	INF.DOTT.	ARBUATTI	DANIELE
"	INF.DOTT.SSA	BERTOLOTTI	LAURA
"	INF.DOTT.SSA	CAPIZZANO	GUADALUPE
"	INF.DOTT.	CIUCCI	GABRIELE
"	INF.COORD.	FRANCESCHINI	SAURO
"	INF.COORD.	KAZAZAI	EDMOND
"	INF.COORD.	MENCONI	CINZIA
"	INF.DOTT.SSA	MICHELOTTI	ANNA
"	INF.DOTT.SSA	PERILLI	MARIANNA
"	INF.DOTT.SSA	REMAFEDI	SONIA
"	INF.DOTT.SSA	TONINI	PAOLA

COLLEGIO DEI REVISORI DEI CONTI:

PRESIDENTE	INF.COORD.	PIERONI	ANNA
REVISORE EFFETTIVO	INF.DOTT.SSA	FOLI	MANUELA
REVISORE EFFETTIVO	INF.COORD.	CICCARONE	GIUSEPPINA
" SUPPLENTE	A.S.	LANDI	RENATA

IL SEGRETARIO
(Inf.Coord. Ilaria Cattalini)

IL PRESIDENTE
(Inf.Dott.ssa Maria Cristina Orsi)



IPASVI

55100 Lucca-Via Viaccia I, 140 - S.Anna
Cod. Fisc. 80012820462
Tel. e Fax 0583/419114

LA VOCE DEL PRESIDENTE



di Maria Cristina Orsi

la voce del presidente

3

Scrivo queste note in un momento molto particolare della Sanità Toscana e Locale: la riorganizzazione delle tre ASL regionali, con la ridefinizione degli Ospedali per intensità di cura e con Servizi sanitari territoriali efficienti per il Cittadino.

Tante aspettative, molte promesse e una voglia di uscire fuori da questa crisi economica che ci attanaglia da anni, ma anche di valori, di idee e di iniziative.

Il tentativo di coinvolgere Colleghi e comuni Cittadini sui problemi che riguardano la Sanità locale è faticoso. Si ha la sensazione di essere caduti in un immobilismo totale e in un individualismo estremo.

Non mi arrendo. E' la Giornata Internazionale dell'Infermiere del 12 Maggio 2016 che mi dà la giusta carica.

Voglio affermare, ancora una volta, i valori che stanno dietro al nostro SSN, dove i veri attori, protagonisti della Sanità, sono i Cittadini e i Professionisti della salute.

Mi confortano le parole del Sottosegretario di Stato alla Salute Vito De Filippo che, proprio in occasione di questa giornata, ha inviato i "migliori auguri alle oltre 430.000 Infermiere ed Infermieri che esercitano la Professione più vicina di qualsiasi altra ai bisogni di salute degli individui di ogni età, sesso, confessioni religiosa e nazionalità..." ed è proprio così, vorrei che non fossero solo parole di circostanza.

De Filippo ha citato, persino, Papa Francesco, dicendo che "...non a caso Papa Francesco ha solennemente affermato che se Dio avesse le sembianze umane avrebbe quelle di Infermiere così come l'altrettanto Papa più amato, Giovanni XXIII è stato Infermiere prima di prendere i voti..."

A me sono sembrate parole significative, anche quando ha sottolineato che "... alla vostra Professione in questi anni lo Stato e le Regioni hanno chiesto tanto in termine di alto impegno..."

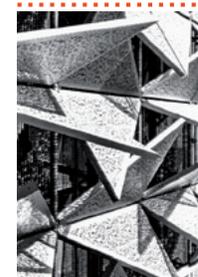
Inoltre, il Sottosegretario di Stato alla Salute Vito De Filippo ha evidenziato i problemi che sta vivendo la nostra Professione e primo fra tutti "... quello di ridare la speranza di futuro professionale... alle migliaia di giovani laureati degli ultimi anni che, se pur formati secondo la programmazione del loro fabbisogno professionale, o sono ancora in cerca di occupazione o sono utilizzati in modalità improprie, sotto pagati con pochi diritti e molti doveri, oppure hanno scelto la strada dell'emigrazione, come i nostri nonni, in altri Stati, dove sono tra i Professionisti più apprezzati..."

E' proprio così: è necessario ridare speranza alle giovani generazioni di infermieri e, aggiungerei, il coraggio di percorrere strade diverse, innovative.

Altri passaggi interessanti del Comunicato riguardano le sfide nella Sanità che hanno visto gli Infermieri impegnati in prima linea: "... alla Professione Infermieristica è richiesto un impegno da vera co-protagonista rivestendo un ruolo da primo attore, insieme ai colleghi Medici e delle altre Professioni Sanitarie, che non ha precedenti nel recente passato: la prevista generalizzazione dell'Ospedale per Intensità di Cura che affida agli Infermieri la gestione dei letti, all'Ospedale di Comunità a gestione infermieristica, alla generalizzazione, anche se ancora sperimentale dell'Infermiere di Famiglia, all'implementazione delle competenze sino all'istituzione dell'Infermiere Specialista, a iniziare dall'emergenza, ma non solo, sono alcune delle grandi sfide di innovazione discontinua avviate dalla programmazione nazionale e già in via di realizzazione in alcune Regioni..."

Ma tutto questo come sarà possibile se non investiamo sugli Infermieri?

Il sottosegretario De Filippo continua dando una risposta a questo interrogativo: "... per realizzare ciò le Aziende Sanitarie dovranno mettere in essere tutte le iniziative affinché i laureati Infermieri possano essere impegnati nelle competenze proprie della loro Professione e non



più deprofessionalizzati in quelle competenze non strettamente sanitarie che da oltre 20 anni Stato e Regioni hanno affidato ad altri Operatori a iniziare dagli Operatori Socio Sanitari.

Al raggiungimento di questi risultati potrà offrire un enorme contributo l'ormai prossimo rinnovo contrattuale, dopo anni di moratoria, se, come mi auguro, la parte pubblica e la parte sindacale facciano propria la sfida per la quale i rinnovi contrattuali diventino funzionali e strumentali ai processi di riorganizzazione in atto nel Servizio sanitario nazionale...

In questo quadro ...va attuato quanto previsto sia dall'articolo 6 della legge 43/06 che istituisce la posizione di - **Professionista Specialista** -, che quanto contenuto nei decreti istitutivi dei 22 Profili Professionali ex terzo comma dell'art.6 del Dlgs 502/92 che già dall'anno 1994 prevedevano l'istituzione di aree di formazione complementare post diploma...".

Non posso credere che sia proprio lui a scrivere queste cose!

Sembra la voce di uno di noi o di qualcuno che, dopo aver raccolto le nostre aspettative se ne fa portavoce in un contesto molto importante, quello istituzionale del Ministero della Salute!

Infine, conclude il suo Comunicato presentando alcune iniziative intraprese con la Federazione Nazionale dei Collegi nella persona della Presidente nazionale IPASVI, Barbara Mangiacavalli, iniziative che aspettavamo da tempo.

Il 25 maggio alle ore 10.30 presso il Ministero della Salute il Sottosegretario di Stato alla Salute **Vito De Filippo** ha convocato il Tavolo tecnico sulla Professione Infermieristica per discutere di alcune problematiche per le quali elaborare le relative proposte:

- **linee guida** relativamente all'Assistenza Residenziale: anziani, pazienti psichiatrici, rems;
- **linee guida** relativamente agli standard ospedalieri/territoriali di riferimento per le dotazioni

organiche comprensive di linee di indirizzo per la gestione delle risorse con prescrizioni.

- **linee di indirizzo** per l'appropriato utilizzo di risorse umane all'ingresso del percorso e al termine dello stesso per i **Professionisti con età maggiore ai 55 anni o impegnato in attività ad elevata usura**.
- **linee guida** relativamente agli **ambiti di competenza avanzata** e delle conseguenti **aree di prescrittività infermieristica**;
- **linee guida** per la definizione di attività dell'Operatore Socio Sanitario (OSS) secondo quanto previsto dal vigente accordo in materia;
- **linee di regolamentazione** dello sviluppo dell'Assistenza Infermieristica nell'ambito di comunità, cure domiciliari, Servizi ambulatoriali e territoriali;
- **linee di indirizzo per la regolamentazione**, negli ambiti socio assistenziale sanitario a regime privato convenzionato e non, dell'**utilizzo e riconoscimento dell'Infermiere**;
- **linee guida per l'attuazione** di quanto previsto dall'art.1, comma 3 della legge 251/00 e cioè "l'attribuzione in tutte le Aziende Sanitarie della diretta responsabilità e gestione delle attività di Assistenza infermieristica e delle connesse funzioni; la **revisione** dell'organizzazione del lavoro, incentivando modelli di assistenza personalizzata";
- **definizione/ridefinizione dei percorsi di studio degli Infermieri e dei modelli formativi utilizzabili**;
- **sviluppo** dell'attività di **ricerca infermieristica**;
- **elaborazione di proposte** per l'individuazione delle competenze degli Infermieri Specialisti in attuazione dell'articolo 6 della legge 43/06 nelle aree indicate dalla proposta di Accordo Stato-Regioni sulle competenze avanzate e specialistiche delle Professioni Infermieristiche...".

Ho avuto la sensazione di leggere nel libro dei sogni. Il sottosegretario De Filippo, con il suo



Vito De Filippo, sottosegretario di Stato alla Salute.

comunicato, credo che abbia voluto lanciare una sfida agli Infermieri. Noi la raccogliamo dando il nostro contributo, le nostre idee. Perché "Il cambiamento in Sanità parte da noi". Questo è lo slogan lanciato all'International Council of Nurses, nel documento stilato in occasione di questa giornata. Una forza per cambiare e migliorare la resilienza dei Sistemi Sanitari, attraverso suggerimenti esposti per migliorare la capacità di resistere alle sollecitazioni e turbolenze dei contesti in cui gli Infermieri operano.

Abbiamo ancora un ruolo troppo marginale nel contesto politico del nostro Paese. C'è bisogno di offrire servizi di Assistenza Sanitaria qualificati, centrati sulle persone (people-centred), e il vero nemico è la "scarsità di Personale sanitario qualificato, compresi gli Infermieri...".

L'importanza della presenza degli Infermieri si estende anche alla lotta alle disuguaglianze: "...Gli Infermieri vedono quotidianamente esempi di disuguaglianza (inequity)...".

E' evidente che gli Infermieri hanno un ruolo significativo nel denunciarle ed agire per combatterle. E qui è indispensabile la Resilienza, come capacità di "...prepararsi e rispondere in modo efficace alle crisi...".

In questa ottica, diventa fondamentale la collaborazione interprofessionale perché **la collaborazione interprofessionale crea Personale sanitario forte e flessibile**, Professionisti capaci di condividere le migliori pratiche cliniche.

Ricordiamoci che l'Assistenza Infermieristica mette al centro le persone, spostando il Sistema sanitario, ancora focalizzato sulla malattia, alla popolazione ed al suo bisogno di salute.

Gli Infermieri sono investiti di un ruolo fondamentale nel guidare il cambiamento. Solo riprogettando il Sistema sanitario, con la piena partecipazione degli Infermieri, potremo essere meglio attrezzati per fornire Assistenza di qualità a tutti, anche nei momenti di crisi.

Potremmo, allora, gridare lo Slogan di questo 12 Maggio 2016, Giornata Internazionale dell'Infermiere: "La salute mi aveva abbandonato. Gli Infermieri mai. Prendersi cura delle persone, con le giuste competenze, in ogni momento della loro vita. Questa è la Professione dell'Infermiere".

Dott.ssa Maria Cristina Orsi
Presidente Collegio IPASVI di Lucca

Maria Cristina Orsi





INFERMIERI: FUNZIONI SANITARIE "AVANZATE" IN EMILIA-ROMAGNA

a cura di Anna Michelotti

Nel settore sanitario-infermieristico l'Emilia-Romagna è più avanti della Toscana?

Leggendo questo articolo che si avvale di quanto pubblicato su Quotidiano Sanità del 12 aprile 2016 si potrebbe pensare di sì.

Anna Michelotti entra nel merito di quanto pubblicato sul quotidiano online riguardo all'attività infermieristica nei Servizi di Emergenza/Urgenza sanitaria definiti dalla Regione emiliana.

Gli Infermieri dell'Emilia-Romagna potranno essere impiegati, sulla base di procedure di intervento valide su tutto il territorio regionale, su funzioni sanitarie "avanzate" nel campo dei Servizi di Emergenza-Urgenza sanitaria.

Con Protocolli estremamente dettagliati, senza invasioni di campo rispetto alle competenze dei Medici, ai quali spetterà l'ultima parola nel caso in cui si presentassero interventi complessi o con margini di dubbio.

La Giunta Regionale scende in campo sulla vicenda relativa all'impiego degli Infermieri su "funzioni avanzate" nell'ambito degli interventi di Emergenza-Urgenza, cioè sostanzialmente quelli che vengono attivati chiamando il 118, e lo fa adottando una delibera nella quale si decide di istituire, nel merito, linee guida valide su tutto il territorio regionale.

Con la delibera approvata oggi, la Regione definisce gli indirizzi generali ai quali le linee guida dovranno ispirarsi. Tra questi, la necessaria coerenza con le migliori pratiche nazionali e internazionali, con un impegno forte sul versante della formazione del Personale Medico e Infermieristico.

Dal punto di vista operativo, sarà salvaguardata l'autonomia organizzativa per i Dirigenti dei Servizi di Emergenza e dovranno essere definite procedure per l'intervento degli Infermieri estremamente dettagliate, per evitare loro ogni valutazione discrezionale: ogni situazione che si presentasse complessa o con margini di incer-

tezza, dovrà essere affidata alla valutazione di un Medico.

Del resto, *una ricognizione* nel campo delle azioni che vengono adottate nei casi di emergenza-urgenza, condotta lo scorso anno, *ha dimostrato che già oggi nelle diverse Aziende Sanitarie dell'Emilia Romagna è operativo un insieme di procedure che vengono applicate dal Personale Infermieristico.*

Si va dallo screening pre-ricovero dei sintomi, per accelerare i tempi della diagnosi che poi farà il Medico, alla somministrazione di farmaci salvavita in alcuni casi predefiniti, quali l'abuso di oppiacei o casi acuti di sofferenza cardiaca.

Inoltre, gli Infermieri possono già essere impiegati per manovre salvavita in emergenza, ad esempio in caso di arresto cardiaco.

Anche la somministrazione di antidolorifici è già praticata, nei casi in cui la persona soccorsa abbia dolori forti, in modo tale da evitare danni secondari e migliorare la fase precedente il ricovero in Ospedale.

La decisione della Regione, in ultima analisi, è improntata alla necessità di fare chiarezza sul piano del "chi fa, chi fa che cosa", in un ambito naturalmente di estrema delicatezza.

Con una consapevolezza: la Professione degli Infermieri è oggi molto cambiata.

Gli Infermieri non sono più figure professionali ausiliarie rispetto ai Medici ma Professionisti dotati di autonomia, con proprie e specifiche competenze.

E tutto questo deve essere valorizzato sostiene la Regione con il provvedimento oggi adottato anche sulla scorta di altre esperienze in campo internazionale, che hanno dimostrato l'importanza dell'intervento dell'Infermiere per aumentare le possibilità di vita dei Pazienti.

Dott.ssa Anna Michelotti
Consigliere Collegio IPASVI Lucca
Caporedattore rivista "focus infermiere"
Infermiera Medicina Trasfusionale
e Biologia dei Trapianti AOU Pisana



INTERVENTI SULLA STAMPA DEL COLLEGIO IN MERITO ALLA SANITÀ LUCCHESE

a cura di Marianna Perilli

Pubblichiamo alcuni recenti interventi del Presidente del Collegio IPASVI di Lucca, Maria Cristina Orsi, apparsi sulla stampa locale riguardo alle problematiche assistenziali.

Strutture "XL" e poco personale a coprire l'effettiva esigenza: questa la questione sul piatto mossa dalla Riforma Sanitaria della Toscana.

In altre parole il blocco delle assunzioni di nuovi Infermieri non bilancia il fabbisogno delle nuove macrostrutture e tutto questo si traduce in carenza e disservizi, una mancanza di copertura del Personale adeguata alle dimensioni che si potrebbe facilmente ripercuotere sui bisogni e le tempistiche dei singoli Cittadini.

Chiarisce bene la questione, dalle pagine de La Nazione, Maria Cristina Orsi, Presidente del Collegio IPASVI: "I Cittadini nostri assistiti lamentano la scarsità di Servizi territoriali a domicilio e in RSA, lungodegenze, in Centri Diurni per Anziani, insieme ai costi eccessivi per la degenza, che sono in buona parte a carico delle famiglie."

L'altra criticità è rappresentata dalla rete Emergenza-Urgenza con il pronto soccorso e il 118.

"Il Pronto Soccorso di Lucca e quello di Viareggio, ad esempio, continuano ad essere sempre troppo sovraffollati". Non solo: "Nei nostri Ospedali - continua la presidente Orsi - assistiamo a dimissioni premature dei Pazienti, che vanno a casa, senza avere risposte assistenziali adeguate. Il disagio più grave, che mette a rischio la sicurezza dei nostri Pazienti, è la carenza di Infermieri.

L'età media di quest'ultimi va dai 45 ai 48 anni e il blocco delle assunzioni, che dura da oltre cinque anni, e non promette nulla di buono".

Come nulla di buono concede la confusione. Ad esempio quella tra figure professionali differenti, per titolo compiti e natura contrattuale.

Parliamo del presunto (e denunciato) accavallamento di compiti e prestazioni tra Infermieri professionali ed OSS (Operatori Socio Sanitari).

Il dubbio e il polverone è stato alzato sulle pagine de Il Tirreno *partendo dai virgolettati di Renata Favilla, istruttrice dei Corsi per OSS.*

LA NAZIONE MERCOLEDÌ 18 NOVEMBRE 2015

SANITA' INIZIATIVA DEL COLLEGIO IPASVI

Infermieri al contrattacco Scattano gli incontri per superare l'emergenza

IL COLLEGIO Infermieri di Lucca, su sollecitazione dei propri iscritti, lancia una serie di incontri con le istituzioni, per affrontare i problemi della sanità locale di Lucca e della versilia. Tutto ruota attorno alla situazione piuttosto critica che stiamo vivendo. Il primo incontro si terrà con le rappresentanze sindacali, oggi alle ore 16 presso la sede del Collegio Ipasvi Lucca, in via Viaccia 140 a Sant'Anna.

SUBITO I SINDACATI
Nel pomeriggio summit nella sede di Sant'Anna con i vari rappresentanti

Gli infermieri della provincia di Lucca, in relazione alla riforma sanitaria della Toscana, sono preoccupati per la creazione di aziende sanitarie di dimensioni eccessive, che potrebbero avere seri problemi nel dare risposte adeguate ai bisogni dei cittadini. Le strutture territoriali sono il punto dolente del servizio sa-



CARENZE Sempre meno infermieri anche in ospedale

nitario e, gli infermieri stessi, ne denunciano la carenza e i disservizi. «I cittadini, nostri assistiti - spiega la presidente del Collegio, Maria Cristina Orsi - lamentano la scarsità di servizi territoriali a domicilio e in rsa, lungodegenze (assistenza residenziale), in centri diurni per anziani, insieme ai costi eccessivi per la degenza, che sono in buona parte a carico delle famiglie. L'altra criticità è rappresentata dalla rete emergenza-urgenza con il pronto soccorso e il 118. Il pronto soccorso di Lucca e Viareggio continuano ad essere sovraffollati, ed in particolare, su Lucca, il 14 per cento degli infermieri hanno un contratto di lavoro a termine. Il 118 è in via di riorganizzazione: la centrale operativa sarà a Viareggio e su Lucca rimarrà l'ambulanza infermieristica e l'automedica, non sappiamo con quali vantaggi».

«NEI NOSTRI ospedali assistiamo a dimissioni premature dei pazienti, che vanno a casa, senza avere risposte assistenziali adeguate. Anche il dipartimento medico dell'ospedale S.Luca di Lucca, ha una quota non indifferente di infermieri con contratto a termine. Condividiamo quanto ci riferiscono i cittadini sulle lunghe liste d'attesa, per avere le prestazioni sanitarie. Il disagio più grave, che mette a rischio la sicurezza dei nostri pazienti - prosegue la presidente Orsi - è la carenza di infermieri. L'età media degli infermieri va da 45 a 48 anni e il blocco delle assunzioni, che dura da oltre cinque anni, non promette niente di buono per Lucca e Viareggio». Chi vuole segnalare problemi specifici può scrivere info@ipasvi.lucca.it

RIASSUNTO, il suo monito è: *"Agli OSS viene spesso chiesto di svolgere mansioni che non gli competono, pena ritorsioni sul loro lavoro".*

Immediata e chiara anche in questo caso la replica della Presidente del Collegio IPASVI di Lucca, dottoressa Orsi, che affida alle colonne



INTERVENTI SULLA STAMPA DEL COLLEGIO IN MERITO ALLA SANITÀ LUCCHESE

a cura di Marianna Perilli - continua dalle pagine precedenti

notizie dal collegio

dello stesso giornale la sua replica: "L'Operatore Socio Sanitario è una risorsa preziosa che supporta l'assistenza infermieristica e agisce dietro direttive e con la supervisione dell'Infermiere o altro Professionista".

La presidente Orsi, che si dice sbalordita nel leggere certe "accuse", sottolinea anche la poca chiarezza e alle volte mancata conoscenza del proprio ruolo: "Quella dell'OSS è una figura tecnica, in possesso di un attestato di qualifica, acquisito dopo aver frequentato e superato, con esito positivo, uno specifico corso regionale di 1000 ore che lo abilita a svolgere attività di aiuto alla persona nei settori sociali e sanitari. Tali attività sono indirizzate a soddisfare i bisogni primari delle persone, nell'ambito delle proprie aree di competenza e a favorirne il benessere e l'autonomia.

Per esercitare, invece, la Professione infermieristica è necessario essere iscritto all'Albo del Collegio IPASVI della propria città di appartenenza".

Una distinzione importante da ribadire perché, stando alle parole di Renata Favilla, le mansioni e le competenze rischiano di confondersi: "Può essere chiesto all'Operatore Socio Sanitario, ad esempio, di occuparsi della somministrazione di farmaci o delle iniezioni. E chi si rifiuta, se dipendente di Coop, può rischiare perfino il licenziamento.

Gli Operatori Socio Sanitari che svolgono que-

ste attività commettono il reato di esercizio abusivo della Professione di Infermiere.

Gli Operatori Socio Sanitari "possono solo aiutare nell'assunzione" dei farmaci.

Questo significa che è l'Infermiere a preparare la terapia e semmai l'OSS può coadiuvare l'Infermiere nel farla prendere all'assistito - aggiunge ancora la presidente Orsi a Il Tirreno e specifica anche che - Come Presidente del Collegio IPASVI di Lucca sono tenuta a sorvegliare gli Iscritti, affinché mantengano il decoro della Professione, esercitandola con appropriatezza e competenza; vigilare su possibili abusi commessi da altri che non sono professionisti Infermieri. Raccoglio le denunce espresse nell'articolo della signora Favilla al fine di verificarne la veridicità ed aprire un'istruttoria per abuso di professione".

Ma la Presidente allarga la partita: "Oggi, a distanza di oltre 14 anni dall'istituzione della figura dell'Operatore Socio Sanitario si evidenzia ancora la necessità di collocare questa figura nell'équipe assistenziale.

Sarebbe opportuno che le Istituzioni coinvolte si riunissero intorno ad un tavolo per chiarire queste problematiche, chiamando anche il Collegio Infermieri come interlocutore".

E sempre il Collegio entra nel merito delle RSA e chiede chiarimenti direttamente al Sindaco di Lucca sul "bando al ribasso" e quindi sul futuro e la gestione delle Strutture per Anziani

MERCOLEDÌ 18 MARZO 2015 IL TIRRENO

Verifiche sui compiti chiesti agli Oss

Il Collegio infermieri preoccupato per la denuncia dell'istruttrice Favilla: «Lotta a ogni forma di abuso professionale»

LUCCA

Il collegio degli infermieri effettuerà una ricognizione in tutte le strutture, in particolare quelle gestite da cooperative, che utilizzano la figura dell'Oss, l'operatore socio-sanitario, per verificarne il corretto utilizzo. Lo annuncia la presidente dell'Ipasvi, Maria Cristina Orsi, dopo quanto raccontato al Tirreno, il 3 marzo scorso da Renata Favilla, istruttrice ai corsi per oss. Favilla in particolare aveva rivelato che agli oss viene spesso chiesto di svolgere mansioni che non competono loro e chi si rifiuta rischia il licenziamento.

L'operatore socio-sanitario dice la dottoressa Orsi - è una risorsa preziosa che supporta l'assistenza infermieristica e agisce dietro direttive e con la supervisione dell'Infermiere o altro professionista. Sono sbalordita nel leggere che questi operatori sono esposti "a rischio di ritrosioni sul lavoro se non effettuano anche compiti che in realtà non gli spettano". Questo deriva dalla mancata conoscenza e chiarezza del loro ruolo. Desidero, per questo, fare alcune precisazioni sulla formazione di questa figura. Quella di Oss è una figura tecnica, in possesso di un attestato di qualifica, acquisito dopo aver frequentato e superato, con esito positivo, uno specifico corso regionale di 1000 ore che lo abilita a svolgere attività di aiuto alla persona nei settori sociali e sanitari. Tali attività sono indirizzate a soddisfare i bisogni primari delle persone, nell'ambito delle proprie aree di competenza e a favorirne il benessere e l'autonomia. Sono indignata nel sentire che debbano essere richieste loro mansioni come "per esempio la somministrazione di farmaci o le iniezioni. E chi si rifiuta, se dipendente di coop, può rischiare perfino il licenziamento".

Gli operatori socio-sanitari "possono solo aiutare nell'assunzione" dei farmaci. Questo significa che è l'Infermiere a preparare la terapia e semmai l'Oss può coadiuvare l'Infermiere nel farla prendere all'assistito. La presidente del Collegio Ipasvi aggiunge: «C'era le iniezioni intramuscolari (le cosiddette punture) dice la signora Favilla che ci sarebbero gli Oss con la terza "s" ovvero che



Un'infermiera al lavoro in ospedale (Vip)

hanno una ulteriore qualifica" che "possono coadiuvare l'Infermiere nella somministrazione di farmaci, ma non possono sostituirlo". In realtà si tratta di operatori socio-sanitari con formazione complementare. Questa figura non può esercitare quanto riportato nello specifico profilo, poiché è privo di inquadramento contrattuale. Circa le

richieste che gli operatori hanno dai familiari dell'assistito, in particolare quelle sanitarie (terapia iniezioni, insulina, clisteri, medicazioni, aspirazioni tracheali), occorre chiarire, già prima di fare gli interventi a domicilio, i bisogni che hanno gli assistiti e che tipo di operatore è necessario inviare. Se si tratta di quelle prestazioni sopraelencate

è chiaro che debba essere inviato un infermiere. Secondo la Orsi al momento attuale c'è una grande confusione. Confondere le due figure (infermiere ed oss) significa non conoscere la normativa che li istituisce: l'infermiere è un laureato che ha conseguito il titolo di studio dopo tre anni di corso universitario e che deve

aver superato, con esito positivo, l'esame di Stato abilitante alla professione di infermiere.

«Per esercitare la professione è necessario essere iscritto all'Albo del Collegio Ipasvi della propria città di appartenenza. Oggi, a distanza di oltre 14 anni dall'istituzione della figura dell'operatore socio-sanitario si evidenzia ancora la necessità di collocare questa figura nell'équipe assistenziale. Sarebbe opportuno che le Istituzioni coinvolte si riunissero intorno ad un tavolo per chiarire queste problematiche, chiamando anche il Collegio Infermieri come interlocutore».

«Come presidente del collegio Ipasvi di Lucca - prosegue la Orsi - sono tenuta a sorvegliare gli iscritti, affinché mantengano il decoro della professione, esercitandola con appropriatezza e competenza; vigilare su possibili abusi commessi da altri che non sono professionisti infermieri; raccogliere le denunce espresse nell'articolo della signora Favilla, verificarne la veridicità ed aprire un'istruttoria per abuso di professione. Sarà, infine, mio obbligo istituzionale inasprire la sorveglianza verso ogni forma di abuso professionale, attraverso una ricognizione di tutte le strutture, in particolare cooperative, che utilizzano la figura dell'oss, al fine di verificarne il corretto utilizzo».

notizie dal collegio

Monte S. Quirico e Pia Casa.

Si legge sulle pagine de La Nazione: "Si evince che il Bando prende in considerazione i parametri minimi previsti dalla normativa per l'Assistenza infermieristica nelle RSA. Da un calcolo fatto da Esperti del settore, visto il valore economico della concessione al ribasso,

non è prevista la copertura dell'assistenza infermieristica h 24.

Immaginiamo che il Bando sia stato redatto e vagliato da persone competenti e qualificate, in grado di offrire Servizi di qualità, ma in merito esprimiamo alcune perplessità".

Passate al vaglio le varie esigenze assistenziali e le necessità dei Pazienti il Collegio pone la domanda: "Vista la gara di concessione dei Servizi, chi garantirà l'Assistenza Infermieristica nelle 24 ore?".

E qui legandosi all'aspetto denunciato in precedenza la Presidente sottolinea: "Non è pensabile che la figura dell'OSS, oltre ai suoi interventi domestico-ospedalieri e di aiuto alla persona, sostituisca gli Infermieri"; come ben precisato prima dalla dottoressa Orsi "Sarebbe un abuso di professione".

Si tratterebbe, quindi, di rivedere gli aspetti dell'allegato tecnico del bando al fine di garantire una continuità assistenziale, gestendo e coordinando al meglio le risorse, ovviamente ripensando e ricalcolando adeguatamente il dovuto economico.

Chiara quindi la posizione dell'Ordine rispetto al bando: "Secondo la nostra valutazione si tratta di una concessione di servizi "al ribasso". Con questa operazione si cerca solo di salvare il salvabile".

Marianna Perilli

Infermiera ferrista nella Chirurgia Multispecialistica della ASL 2 Lucca;

Consigliere IPASVI, primo redattore della rivista focus infermiere e responsabile della gestione della Biblioteca, Emoteca e Sitografia del Collegio.

notizie dal collegio



LA NAZIONE VENERDI 15 GENNAIO 2016

CASE DI RIPOSO IL COLLEGIO DEGLI INFERMIERI CHIEDE CHIARIMENTI AL COMUNE

'Bando al ribasso con ricadute negative sugli ospiti'

IL DIBATTITO sulle Rsa tiene banco. Da una parte c'è la gara del Comune per la gestione, dall'altra i sindacati pronti anche a scendere in piazza contro il rischio di trenta esuberanti. Oggi ad intervenire è il Collegio Infermieri che chiede al sindaco di Lucca chiarimenti sulla questione delle strutture per anziani Monte S. Quirico e Casa Pia.



LA POLEMICA Il collegio infermieri chiede al Comune di fornire chiarimenti sul futuro delle case di riposo di Monte S. Quirico e Casa Pia

«LEGGENDO attentamente - affermano dal collegio infermieri - si evince che il bando prende in considerazione i parametri minimi previsti dalla normativa per l'assistenza infermieristica nelle Rsa. Da un calcolo, fatto da esperti nel settore, visto il valore economico della concessione al ribasso, non è prevista la copertura dell'assistenza infermieristica 24 ore su 24. Immagino che il bando sia stato redat-

to e vagliato da persone competenti e qualificate, in grado di offrire servizi di qualità, ma vogliamo esprimere, qui di seguito, alcune nostre perplessità. Gli infermieri hanno analizzato la tipologia degli ospiti

presenti nelle strutture comunali e, a loro dire, l'assistenza infermieristica, negli ultimi anni, «è diventata più problematica - vanno avanti -». Diabetici scompensati che devono fare l'insulina anche di pro-

CRONACA LUCCA 7

fessione». Per gli infermieri dunque è necessario scrivere l'art. 4 dell'allegato tecnico, specificando meglio - proseguono - che al fine di garantire la continuità assistenziale infermieristica il servizio deve essere attivo 24 ore su 24, prevedendo un adeguato coordinamento del- la stessa, con apposite figure (coordinatori infermieristici) con i requisiti di legge. Si tratterà di rivedere anche l'aspetto economico».

L'AUSPICIO del collegio infermieri era quello che fosse utilizzato, per nuovi servizi, il Campo di Marte. «E' sono gli occhi di tutti - concludono - la riduzione dei posti letto in ospedale, con ricoveri brevi, che comporterebbero adeguati servizi sul territorio. In conclusione secondo la nostra valutazione, si tratta di un bando di concessione di servizi al "ribasso", dove si cerca di "salvare il salvabile". Nelle Rsa comunali ci saranno meno infermieri, meno educatori professionali con ricadute negative sulla qualità di vita dell'ospite».



IL PERCHÉ DI UNO SPORTELLO D'ASCOLTO PER IL BENESSERE LAVORATIVO

a cura di Giuliana Landi

notizie dal collegio

MOTIVAZIONE

Il Decreto legislativo n. 81/2008 ha dato nuova veste alla nozione di **salute sui luoghi di lavoro**: non consiste più solo in un'assenza di malattia o d'infermità, bensì deve intendersi come **stato di completo benessere fisico, mentale e sociale dei lavoratori**.

SCOPO

Obiettivo principale che questo Servizio si propone di raggiungere è di offrire attività di consulenza agli Iscritti facendo attenzione ai loro bisogni, attraverso una relazione di dialogo e di sostegno; lo scopo è quello di aiutare le persone a trovare un nesso tra manifestazioni e cause del disagio vissuto, attivando adeguate strategie di fronteggiamento e suggerendo buone prassi organizzative.

COS'E' LO SPORTELLO

Lo Sportello è un luogo e un tempo per l'ascolto, dove i vissuti lavorativi possano essere accolti da un Esperto esterno che consenta di ri-orientare la vicenda dei singoli in vicenda contestualizzata e collettiva

COSA NON E' LO SPORTELLO

Non è un supporto di carattere terapeutico, medico o legale.

A CHI E' RIVOLTO LO SPORTELLO

E' rivolto a tutti gli Iscritti al Collegio IPASVI della Provincia di Lucca.

MODALITÀ DI UTILIZZO

In una prima fase, lo Sportello è stato aperto nei mesi di marzo, aprile e maggio 2016, con orario dalle 15.00 alle 19.00 nei seguenti giorni:



7 marzo

4 aprile

9 maggio

Lo sportello, gestito direttamente dal Prof. **ANGELO POSSEMATO**, Psicologo e Sociologo del lavoro, ha previsto una serie di appuntamenti direttamente concordati con lui al numero **393 926 4127**.

Gli incontri si sono tenuti presso la Sede del Collegio IPASVI di Lucca – Via Viaccia l n.140 S. Anna – Lucca.

Al termine della prima fase sperimentale dobbiamo dire che l'affluenza a tale Servizio è stata molto limitata. **Ci chiediamo se gli Iscritti siano stati adeguatamente informati e abbiano capito l'importanza di questo servizio offerto.**

Per questo motivo chiediamo di compilare la scheda nella pagina a fronte fornendo indicazioni e suggerimenti **da inviare per mail o per Fax al Collegio.**

Per chi lo volesse è possibile scrivere le proprie impressioni e valutazioni tramite lettera ed inviarle per e-mail a ipasvilu@tin.it.

Giuliana Landi
Past Presidente Collegio IPASVI di Lucca,

notizie dal collegio

**INFERMIERI PROFESSIONALI
ASSISTENTI SANITARI, VIGILATRICI D'INFANZIA**
Collegio Provinciale di Lucca



IPASVI

SPORTELLO D'ASCOLTO PER IL BENESSERE LAVORATIVO

INDICAZIONI E SUGGERIMENTI

Utilità del Servizio SI NO IN PARTE

perché _____

Giorni ed orario ADEGUATI NON ADEGUATI

Proposte _____

Ulteriori suggerimenti: _____

DATI ANAGRAFICI

Cognome _____ Nome _____

Qualifica _____ C.F. _____

Residenza Via _____ N. _____

Loc. _____ CAP _____ Città _____

Iscrizione al Collegio IPASVI di _____ con il N. _____ di posizione

Recapiti telefonici: abit. _____ lavoro tel. _____

cell. _____ e-mail _____

Luogo di lavoro _____

Attività professionale Libero professionista
Dipendente pubblico
Dipendente struttura privata
In attesa di occupazione

data _____ Firma _____

N.B. La presente scheda deve essere compilata in ogni campo, firmata e trasmessa al Collegio Ipasvi di Lucca via e-mail all'indirizzo ipasvilu@tin.it o per FAX al n° Fax 0583 419114.





RELAZIONE ATTIVITÀ FORMATIVA IPASVI LUCCA 2° SEMESTRE 2015

di Catia Anelli

Le Attività Formative realizzate dal Collegio IPASVI di Lucca nel secondo semestre 2015 sono state 14, nel rispetto del Piano di Programmazione annuale, presentato agli Iscritti durante l'Assemblea del 26 febbraio 2015.

I Professionisti che hanno partecipato ai Corsi sono stati n.341 di questi, n.68 hanno partecipato ai Corsi FAD.

Per ogni Corso sono stati valutati i seguenti aspetti:

- Livello gradimento del Corso.
- Valutazione del Docente in relazione a: capacità di chiarezza e efficacia nella presentazione dei contenuti, capacità di coinvolgimento dei partecipanti, disponibilità nel dare chiarimenti.
- Livello di apprendimento raggiunto.
- Livello di partecipazione.
- Raggiungimento degli obiettivi formativi.

Tutti i Corsi hanno avuto un livello di gradimento alto: da buono a ottimo.



La media di valutazione dei Docenti, in relazione alla capacità di chiarezza e efficacia nella presentazione dei contenuti, alla capacità di coinvolgimento dei partecipanti, alla disponibilità nel dare chiarimenti, è stata ottima.

Tutti i Test di Apprendimento consegnati a fine Corso sono stati superati.

Il livello di partecipazione ai Corsi, rispetto alle previsioni, è stato inferiore alle aspettative, la media di partecipazione è stata buona, pari al 60%.

Da segnalare che la partecipazione ai Corsi FAD e ai Corsi per Coordinatori "Lab Training Coordinamento Infermieristico - Ottimizzare processi e assistenza: L'Intelligenza Emotiva al servizio della professionalità", è stata medio-bassa. Il motivo, probabilmente, è da attribuire a una non corretta diffusione/pubblicizzazione dei Corsi, in particolare per quelli FAD, e una difficoltà di carattere lavorativo per quelli che prevedevano la partecipazione degli Infermieri e Infermieri Coordinatori.

La spesa dei Corsi non ha superato il budget di previsione.

La scelta politica del Consiglio Direttivo IPASVI del Collegio di Lucca, anche per l'anno 2016, è stata quella di fare Corsi Gratuiti per gli Infermieri iscritti al Collegio.

L'obiettivo è quello di incentivare e facilitare le partecipazioni ai Corsi di Formazione.

Dott.ssa Catia Anelli
Vicepresidente Consiglio Direttivo
Responsabile Progetti Formativi e
Sistema formativo
Collegio IPASVI Lucca



LA "CLAUSOLA DI COSCIENZA" NEL CODICE DEONTOLOGICO DELL'INFERMIERE



di Rita Menesini

IL PUNTO DI VISTA DEGLI INFERMIERI DELL'EX ASL 2 DI LUCCA ATTRAVERSO UN'INDAGINE CONOSCITIVA

Per introdurre la "Clausola di Coscienza" dobbiamo prima definire un concetto simile, quello di: **Obiezione di Coscienza in ambito medico.**

Con **Obiezione di Coscienza** si intende, **la possibilità** da parte del Medico o di altro Personale sanitario, di **rifiutarsi a prestare la propria opera di fronte a una richiesta di intervento che sia contraria ai propri principi etici.**

L'Obiezione, in ambito sanitario, è prevista normativamente in due casi: legge 194 del 1978 sull'Interruzione Volontaria della Gravidanza e la legge 40 del 2004 sulla procreazione medicalmente assistita.

Anche la legge 413 del 1993 sulla sperimentazione animale fa parte del gruppo di leggi sull'Obiezione di Coscienza, ma riguarda quasi unicamente i Ricercatori.

L'Obiezione di Coscienza in ambito sanitario è quindi legislativamente prevista, ma limitata ai due casi citati: **rimangono non trattate altre problematiche di tipo valoriale di uguale importanza.**

Per colmare questa lacuna il 28 maggio del 2004 il CNB (Comitato Nazionale di Bioetica) ha coniato il termine "CLAUSOLA di COSCIENZA".

La Clausola di Coscienza va essenzialmente a riempire gli spazi non trattati dalle leggi sull'obiezione riconoscendo, di fatto, alla coscienza un'espressione maggiore di quello che le risulta attribuito dalle singole disposizioni di legge.

In ambito sanitario, la Clausola di Coscienza è menzionata per la prima volta nel Codice di Deontologia medica del 2006, all'articolo 22.

Nel mondo infermieristico il concetto "Clausola di Coscienza" è introdotto nel Codice Deontologi-

co del 2009 all'articolo 8, e recita: "L'Infermiere, nel caso di conflitti determinati da diverse visioni etiche, si impegna a trovare la soluzione attraverso il dialogo. Qualora vi fosse e persistesse una richiesta di attività in contrasto con i principi etici della Professione e con i propri valori, si avvale della Clausola di Coscienza, facendosi garante delle prestazioni necessarie per l'incolumità e la vita dell'assistito".

Permette, quindi, all'Infermiere che viene a contatto con conflitti etici, con Pazienti o Colleghi e non riesce a trovare una soluzione attraverso il dialogo, di appellarsi alla Clausola di Coscienza, non lasciando da solo il Paziente ma facendosi comunque garante delle prestazioni necessarie per l'incolumità e la vita dell'assistito.

Dalla presa di coscienza dell'esistenza del concetto "Clausola di Coscienza" e la scoperta, durante il tirocinio professionalizzante del Corso di Laurea in Scienze Infermieristiche, della presenza di dilemmi etici nell'esercizio della Professione infermieristica è nato uno studio di indagine.

La ricerca ha voluto chiarire quale è la posizione, anche conoscitiva, degli Infermieri sulla "Clausola di Coscienza", presente nel Codice Deontologico e quanto è realmente sentita e applicata nel quotidiano.

IL QUESTIONARIO SULLA CLAUSOLA DI COSCIENZA

L'indagine è stata svolta sugli Infermieri dell'ASL nord-ovest toscana, ex ASL 2 Lucca, operanti sia nelle strutture, semplici e complesse, dell'Ospedale S. Luca di Lucca e a livello territoriale.

I dati sono stati ottenuti attraverso la somministrazione di un questionario apposito, contenente domande a risposta chiusa e aperta. I questionari che hanno avuto risposta sono 90.



LA "CLAUSOLA DI COSCIENZA" NEL CODICE DEONTOLOGICO DELL'INFERMIERE

14

di Rita Menesini - segue dalle pagine precedenti

la clausola di coscienza

Il sondaggio era strutturato in tre parti. La prima, anagrafica e conoscitiva, è stata utilizzata per capire e analizzare le varie caratteristiche del campione (sesso, anzianità di servizio e luogo di lavoro).

Nella seconda parte del questionario si è voluto misurare quale fosse la conoscenza base della deontologia professionale, successivamente è stato introdotto il concetto di "Clausola di Coscienza".

Quesito n. 4

In primis abbiamo chiesto, in una domanda a risposta multipla, di indicare la data dell'ultimo Codice Deontologico, attualmente in vigore:

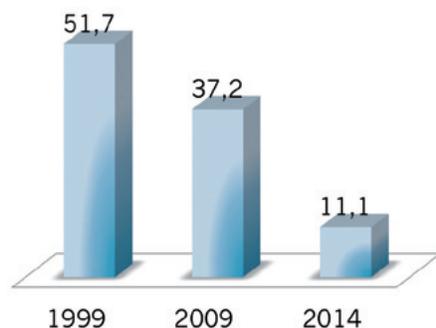


Grafico n. 1 - risposte al quesito sulla data dell'ultimo Codice Deontologico

In questo caso **solo il 37,2% del campione ha dato la risposta esatta**, mentre il 51,7% ha indicato come ultimo Codice Deontologico, ancora in vigore quello del 1999. Inoltre, confrontando i risultati ottenuti rispetto all'anzianità di servizio, abbiamo notato che le risposte errate 2009-2014 sono state date dai lavoratori con più di 10 anni di esperienza lavorativa.

Quesito n. 5

Sempre a livello deontologico, è stato chiesto se vi fosse una differenza fra i termini *Clausola* e *Obiezione di Coscienza*:

Il 53% degli intervistati ha riconosciuto la

differenza fra i due termini, alla domanda aperta relativa, in cui si chiedeva di spiegare la differenza fra i due termini. A questa domanda il 9,09% degli intervistati non ha risposto, il 13,6% ha risposto di non conoscere la differenza fra i due termini, mentre il 22,7% ha esposto la differenza in maniera sufficientemente chiara.

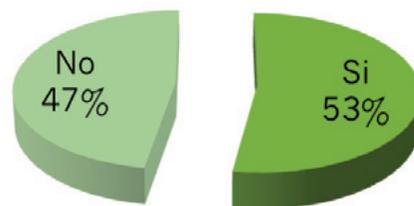


Grafico n. 2 - differenze "obiezione" e "clausola" di coscienza

Quesito n. 6

Siamo andati a rilevare la presenza di dilemmi etici nel quotidiano professionale:

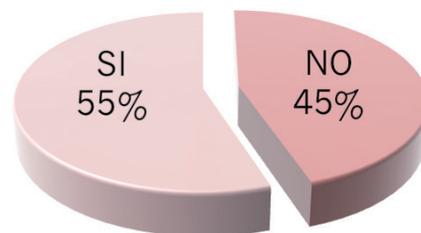


Grafico n. 3 - riscontro di dilemmi etici nel quotidiano professionale

il 55% degli intervistati dichiara di essere venuto a contatto con dilemmi etici.

È stato poi chiesto quali fossero i dilemmi maggiormente incontrati, che si sono rivelati legati all'interruzione di gravidanza e alla sfera del fine vita.

Nella terza e ultima parte del questionario abbiamo affrontato gli obiettivi posti a inizio ricerca e che in estrema sintesi si possono enunciare nelle due domande:

- Gli Infermieri conoscono che cos'è la "Clausola di Coscienza"?
- Gli Infermieri utilizzano la "Clausola di Coscienza" nella pratica professionale?

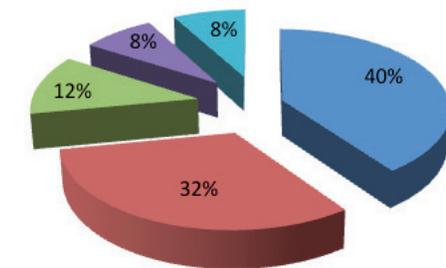


Grafico n. 4 - dilemmi etici maggiormente riscontrati

Quesito n. 7

in primis, abbiamo richiesto se l'intervistato conosceva il termine "Clausola di Coscienza":

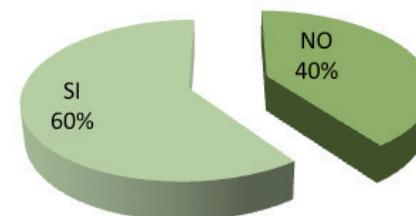


Grafico n. 5 - conoscere il termine "Clausola di Coscienza"

Benché il 60% abbia ammesso di conoscerla, quando siamo andati a chiedere nella domanda aperta relativa di spiegare il significato del termine solo il 14,6% ha dato una risposta appropriata.

Quesito n. 8

Abbiamo poi chiesto se durante l'attività

lavorativa l'intervistato avesse mai utilizzato lo strumento "Clausola di Coscienza";

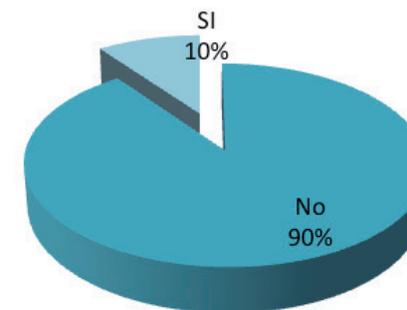


Grafico n. 6 - utilizzo quotidiano della "Clausola di Coscienza"

Nel 90% dei casi il Personale ha risposto di non averla mai utilizzata. L'alta percentuale di risposte negative a questa domanda, sembrerebbe in contrasto con i risultati della domanda sei, dove oltre la metà degli intervistati dichiara di essere venuto a contatto con "dilemmi etici" durante l'attività professionale. Ciò può essere ricondotto alla scarsa conoscenza dei limiti di applicabilità della "Clausola di Coscienza", che porta a non appellarsi a questo strumento anche quando si potrebbe.

CONCLUSIONI

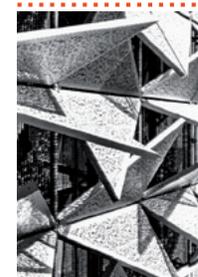
In conclusione i risultati della ricerca hanno evidenziato che l'Infermiere ha delle lacune sulla conoscenza del Codice Deontologico.

Pur rendendosi conto di venir a contatto quasi quotidianamente con dilemmi etici, la poca chiarezza e conoscenza sul significato e sulla portata dei concetti "Clausola" e "Obiezione di Coscienza", che spesso vengono anche confusi, portano l'Infermiere a non applicare, o non sapere come applicare lo strumento Clausola di Coscienza.

Infine, come ultima domanda del quesito-

la clausola di coscienza

15



LA "CLAUSOLA DI COSCIENZA" NEL CODICE DEONTOLOGICO DELL'INFERMIERE

16

di Rita Menesini - segue dalle pagine precedenti

la clausola di coscienza



nario veniva chiesto di indicare quali azioni potevano essere intraprese per sensibilizzare maggiormente gli Infermieri sia sul Codice Deontologico sia sull'articolo 8.

Dalle risposte è scaturito un bisogno di formazione e aggiornamento in speciale modo sulle tematiche relative alla Clausola di Coscienza.

Necessita una maggiore sensibilizzazione degli Operatori sul suo utilizzo nella pratica quotidiana.

Infine, è emerso un bisogno di confronto anche a livello interprofessionale su queste tematiche nella pratica clinica.

*Dott.ssa Rita Menesini
Infermiera di Struttura Privata*



RICORDO DI MARIA PIA FORLI

Il 2 giugno Maria Pia Forli è tornata alla Casa del Padre.

Nata a Vergemoli, ha vissuto buona parte del suo tempo a Lucca, dividendosi tra la nostra città e il suo paese natale ove tuttora abita la sua famiglia.

Inizialmente ha lavorato come Infermiera al Sant'Orsola Malpighi di Bologna ove ha conseguito anche l'Abilitazione a Funzioni Direttive e il diploma di Assistente Sanitaria Visitatrice.

E' stata iscritta all'Albo degli Infermieri di Lucca dal 18/05/1967 al 26/08/1974 e dal all'Albo delle Assistenti Sanitarie di Lucca dal 27/08/1974 ad oggi.

E' stata Componente del Consiglio Direttivo del Collegio IPASVI di Lucca nel triennio 1997-1999.

Ha lavorato come ASV nel Distretto Lucca Centro, come O.P.D. Responsabile del Territorio e, successivamente, come Coordinatore del Servizio Infermieristico e contemporaneamente, anche Responsabile del Territorio.

Persona serena, corretta, preparata, disponibile all'ascolto, ponderata, riservata, gioiosa pur nella compostezza richiesta dal suo ruolo.

Molto stimata per la competenza, la serietà, il saper ascoltare, andare incontro alle persone e farsi carico dei problemi degli altri, tutelava la Professione infermieristica in ogni sede.

Alla Famiglia le condoglianze del Collegio IPASVI di LUCCA e della Redazione.

NURSING QUALITY IMPROVEMENT CONFERENZA NMC (NURSES AND MIDWIFERY COUNCIL)

trascrizione dell'intervento di Irene Del Carlo - a cura di Giuliana Landi



17

esperienze professionali

Da qualche mese la nostra collega Irene Del Carlo lavora in un Ospedale Inglese a Brighton. Durante la sua permanenza le è stato chiesto dalle Dirigenti infermieristiche inglesi di partecipare a una conferenza annuale infermieristica e fare un intervento. In particolare ha dovuto relazionare come 'International nurse', parlando della sua esperienza come infermiera venuta dall'estero.

Nell'Azienda Sanitaria dove lavora sono numerose le Infermiere straniere e il fatto che **abbiano scelto proprio una Infermiera italiana** ci rende orgogliosi, anche **come Collegio IPA-SVI di Lucca, visto che è una nostra Iscritta.**



Durante l'intervento, durato circa mezz'ora, la Collega ha proposto di rileggere la teoria del Nursing Transculturale di Madeilene Leininger, applicandola al contrario, cioè intendendo come beneficiari non i Pazienti ma gli Infermieri stranieri.

L'idea è stata accolta con grande curiosità ed entusiasmo.

Riportiamo il testo integrale dell'intervento, naturalmente tradotto in italiano e le slide presentate dalla **collega Irene Del Carlo.**

Conferenza NMC (Nurses and Midwifery Council) 6 Maggio 2016

Audrey Emerton Building BSUH

Brighton and Sussex University Hospital NHS, Brighton, East Sussex, Inghilterra (UK)

Intervento della collega Dr.ssa Infermiera Irene Del Carlo

ta, il Dipartimento Renale e, in particolare, presso la "Stirling Room".

La "Stirling Room" è una "Day case unit", aperta un paio di mesi prima del mio arrivo, dove si effettuano biopsie, inserzioni di CVC, trasfusioni di sangue, infusioni di farmaci particolari.

Buongiorno a tutti voi. Prima di tutto voglio scusarmi per il mio inglese, ho bisogno di richiedere la vostra pazienza nell'ascoltarmi.

Mi chiamo Irene Del Carlo, sono un'infermiera proveniente dall'Italia, dove dal 2011 ho studiato, mi sono formata ed ho lavorato.

Sono arrivata in Inghilterra, a Brighton, il 4 luglio del 2015. Dopo tre settimane di International Induction circa l'NHS (National Health System), il 27 luglio ho cominciato a lavorare presso il dipartimento cui ero stata assegna-

Presentazione



NOME: Irene Del Carlo
ARRIVO: Luglio 2015
DA: Italia, Lucca
RUOLO: Infermiera
in Stirling Room,
Dipartimento Renale



NURSING QUALITY IMPROVEMENT CONFERENZA NMC (NURSES AND MIDWIFERY COUNCIL)

18

di Irene Del Carlo, a cura di Giuliana Landi - segue dalle pagine precedenti

In generale le paure che un Infermiere, proveniente dall'estero, prova riguardano prevalentemente la comunicazione: il nostro lavoro è basato per l'80% sulla comunicazione.

Comunicare con il Paziente, comunicare con i Parenti, comunicare con i Colleghi e tutte le altre figure professionali con cui si viene in contatto.

Paure e Speranze all'inizio

Comunicazione:

- con i pazienti
- con i parenti
- con lo staff

Disorientamento

Frustrazione

Rabbia

Avere solo un'infarinatura dell'inglese, sia parlato che scientifico, senza avere una reale proprietà di linguaggio, rende estremamente insicuri, riguardo a qualsiasi cosa venga detto.

Questo è ben percepibile, tanto dai Pazienti, quanto dai Colleghi; l'Infermiere internazionale se ne rende conto e quindi l'insicurezza, insieme ad una forte frustrazione, rischia di aumentare giorno dopo giorno.

Frequentemente, cose che gli altri danno per scontate, non vengono comprese e così ci sentiamo stupidi, inutili, incapaci.

Spesso i Colleghi che devono rapportarsi con noi sono costretti a parlare lentamente, quindi si stancano e ci trattano come se non esistessimo o ci evitano, aumentando il nostro senso di inadeguatezza già pesante.

Alcuni Medici non si rapportano con noi, perché si rendono conto che non sempre comprendiamo tutto ciò che viene richiesto.

I Pazienti sono stufo di ripetere o di essere guardati in maniera interrogativa e chiedono

di avere un'altra Infermiera, perché quella che gli hanno affidato non capisce.

Il passo successivo è il passaggio da questo senso di incertezza e frustrazione alla rabbia. Un frustrante senso di impotenza e subito dopo una profonda rabbia ci assale soprattutto quando si è coscienti di avere un'ottima preparazione professionale, tecnica e psicologica.

La vera rabbia risiede proprio nel non poter esprimere la nostra competenza e il nostro potenziale.

Sappiamo di essere Professionisti ben preparati, ma *ci sentiamo Professionisti frustrati quando non possiamo esprimere quanto sappiamo; sappiamo fare, sappiamo essere*; quando siamo inevitabilmente costretti al "can you repeat" o "sorry, I don't understand".

Oltre a questo disorientamento linguistico, anche se in forma minore, vi è un altro tipo di disorientamento, quello all'interno del sistema NHS.

Sebbene l'assistenza infermieristica sia abbastanza standardizzata a livello globale, è necessario un po' di tempo per orientarsi adeguatamente nel sistema fatto di protocolli e di policy del Trust.

Questo problema è assolutamente risolvibile, ma, sommato al resto precedentemente detto, incrementa la frustrazione iniziale.

Oggi le cose vanno molto meglio; le esperienze fatte sono stimolanti e conferiscono un senso di realizzazione. E questo grazie al ruolo che ricopro. La "Stirling Room" è una nuova "Day Case Unit" del Dipartimento Renale.

Al mio arrivo, oltre alla barriera linguistica e alla non conoscenza del nuovo Sistema Organizzativo Sanitario, il problema è stato quello di non aver chiaro il target di Pazienti e il tipo di trattamenti da fare nella nuova Unità; cosa non chiara anche per i miei Colleghi. Quindi,

Situazione ad oggi

Soddisfatta:

- Per il mio ruolo in Stirling Room:
 - Stimolante
 - Buon grado di autonomia
 - Responsabilità
 - Incremento di esperienza
- Per i colleghi e i medici:
 - Cooperazione
 - Collaborazione
 - Dipendenza
 - La miglior assistenza come comune intento

considerando che la "Stirling Room" era un nuovo Servizio, in costante evoluzione, la frustrazione iniziale e il senso di inettitudine non sempre è stato tollerabile.

Così, non solo è stato difficile capire come funzionasse l'Assistenza Infermieristica in Inghilterra (UK) ed esprimermi in una lingua straniera, ma anche capire che cosa dovessi fare nel posto in cui mi avevano messo a lavorare, perché nel mio Paese non c'è niente di simile. Per questo motivo il primo impatto è stato davvero molto duro.

Oggi trovo il mio lavoro molto stimolante perché, in sintonia con le mie capacità professionali, ha le caratteristiche di Pronto Soccorso per Pazienti con problemi renali.

Ogni giorno arrivano nuovi casi e nuovi trattamenti da fare e così ci troviamo a fronteggiarli e ad accrescere la nostra competenza, in svariati campi.

Insieme al mio Collega abbiamo raggiunto un buon livello di indipendenza e autonomia nella gestione dell'Unità, perché possiamo organizzare il lavoro quotidiano ed essere protagonisti della crescita e dell'evoluzione della "Stirling Room", mettendo a frutto la nostra esperienza e le nostre idee. Questo ci ha aiutato a guadagnare esperienza per i nuovi protocolli e trattamenti.

Il rapporto con gli altri Colleghi è eccellente. La flessibilità che dobbiamo avere in ogni momento li rende estremamente collaborativi, disponibili, interessati a ciò che viene fatto nell'Unità.

Anche il rapporto con i Medici è molto importante e realmente collaborativo.

Nella "Stirling Room" ci troviamo costantemente in rapporto con i Medici per la scelta e la gestione dei Pazienti ammessi e si nota una reale collaborazione fra le diverse professionalità, e complementari fra loro, per la realizzazione del percorso terapeutico del Paziente.

Sicuramente abbiamo molto da lavorare per migliorare, ma **posso sicuramente dire che, confrontandomi con l'esperienza che ho avuto nel mio Paese, il rispetto per le reciproche competenze in Inghilterra (UK) esiste e c'è un reale impegno per raggiungere il benessere del Paziente, non da soli, ma come una squadra professionale e collaborante.**

Penso che questa sia la strada vincente per tutte le figure professionali.

Mi sento molto fortunata, sia per la posizione che ho nel Dipartimento, sia per lo Staff con cui mi trovo a lavorare. Spendo la maggior parte del mio tempo in "quella stanza" e sono soddisfatta di farlo con un sorriso franco e spontaneo.

Gli Infermieri internazionali sono molto importanti per il nostro Trust, sono una vera e propria risorsa. Molte persone considerano gli Infermieri internazionali come una debolezza o un "tappabuchi" per i posti vacanti, ma in realtà dovrebbero essere visti e utilizzati come una forza all'interno del Trust stesso.

Gli Infermieri internazionali non sono solo figure che fuggono per mancanza di lavoro dai loro Paesi di origine, ma **sono Professionisti "innamorati" del proprio mestiere che decidono di lasciare le loro vite per scoprire, vivere ed essere protagonisti in un Sistema che dia loro gli strumenti per esprimere le loro potenzialità e che permetta loro di realizzarsi con una dignità professionale riconosciuta.**

La maggior parte degli Infermieri inter-

19

esperienze professionali

esperienze professionali



NURSING QUALITY IMPROVEMENT
CONFERENZA NMC (NURSES AND MIDWIFERY COUNCIL)

di Irene Del Carlo, a cura di Giuliana Landi - segue dalle pagine precedenti

esperienze professionali

nazionali sono persone profondamente appassionate del loro lavoro. Questo da solo è sufficiente per renderli una risorsa; sono anche figure con un bagaglio teorico, tecnico e psicologico estremamente importante e che non deve essere tralasciato.

Consapevoli di ciò, è **necessario** non solo inquadrarli in un Sistema strutturato in rigidi protocolli, ma anche **scoprirne le attitudini, la ricchezza di esperienza e**, sulla base di questo, creare Professionisti realizzati in qualcosa che amano profondamente. Questo significa investire su di loro e avere la garanzia che questi ricambieranno con un livello produttivo eccellente.

Tesi: infermieri internazionali come punto di forza e non di debolezza
Infermiere

internazionale = risorsa

- Passione
- Conoscenza
- Competenza
- Esperienza
- Attitudini

Per questo motivo trovo molto interessante utilizzare la teoria del Nursing Transculturale di Madaleine Leininger.

Per spiegare la mia idea, devo parlarvi di questa Infermiera e della sua teoria. **Madaleine Leininger** è stata una Infermiera statunitense che negli anni '60 elaborò una teoria basata sull'importanza della cultura intesa come elemento che ha influenza su tutte le sfere della vita.

Ogni persona è vista come un unico elemento globale, con molte differenze che devono essere rispettate in quanto tali. Per questa ragione nell'Assistenza Infermieristica è fondamentale la "competenza culturale".

Madaleine Leininger comincia con il concetto di "Etnostoria". Questo riguarda gli eventi passati

e le esperienze di individui o gruppi. Ciò spiega gli stili di vita in un particolare contesto culturale sul lungo e sul breve periodo. La "competenza culturale" è una combinazione di comportamenti, atteggiamenti pratici e quotidiani culturalmente congruenti che permettono all'Infermiere di lavorare efficientemente quando entra in contatto con culture diverse.

PROPOSTA

uso della "Teoria del Nursing Transculturale" di Madaleine Leininger applicato all'infermiere e non al paziente.

Un Infermiere culturalmente congruente è un Infermiere che:

- è cosciente che la cultura influenza il rapporto Infermiere-Paziente
- comprende, è trasparente e curioso riguardo le preferenze e le diverse pratiche culturali;
- incorpora credenze personali, sociali, comportamentali e culturali del Paziente nel Piano di Assistenza, ove possibile;
- rispetta la diversità culturale e si sforza di incrementare la sensibilità e le conoscenze al riguardo.

L'obiettivo di Madaleine Leininger è di sviluppare un'assistenza Infermieristica culturalmente congruente.

Il concetto di salute e della relativa assistenza variano da cultura a cultura e pertanto l'Assistenza Infermieristica non può essere determinata attraverso conoscenze superficiali e contatti limitati e unidirezionali, riguardo a un particolare gruppo culturale.

L'Assistenza Infermieristica deve essere ba-

sata su una conoscenza che sia frutto dell'analisi di comportamenti, punti di vista, valori culturali, linguaggi e contesti strutturali.

Teoria del Nursing transculturale

La Competenza Culturale dell'infermiere:

- La cultura influenza il rapporto infermiere-paziente
- Comprensione, trasparenza e curiosità' riguardo le preferenze e le pratiche culturali
- Incorporare la cultura del paziente nel piano assistenziale
- Le diversità' culturali per incrementare le conoscenze e la sensibilità'

Ci sono 3 modalità per guidare l'Infermiere culturalmente competente:

- 1. Preservazione o mantenimento culturale:** azioni e decisioni professionali che aiutano le persone di una particolare cultura a conservare e/o preservare valori di assistenza per loro rilevanti ed efficaci, così che possano mantenere il loro benessere, guarire più facilmente dalla malattia o affrontarne handicap e/o la morte nel modo a loro più vicino. *L'Infermiere non deve avere pregiudizi e non deve ritenere le loro modalità come sbagliate.*
- 2. Accordo o Negoziazione Culturale dell'Assistenza:** azioni e decisioni professionali che aiutano le persone di una determinata cultura ad adattarsi o a negoziare con gli Operatori assistenziali per un benefico e soddisfacente risultato di salute.
- 3. Rimodellamento/Ricostruzione Culturale dell'Assistenza:** azioni e decisioni professionali che aiutano il Paziente a riordinare, cambiare o modificare il proprio stile di vita per raggiungere un diverso modello di salute nel rispetto dei suoi valori culturali e che anche provvedono a stili di vita più benefici e salutari da raggiungere, attraverso la consapevolezza e la collaborazione del Paziente stesso.

3 modalità per guidare l'assistenza infermieristica

- Preservazione e mantenimento Culturale
- Accordo o Negoziamento Culturale dell'assistenza
- Rimodernamento/Ricostruzione Culturale dell'assistenza

Sicuramente questa teoria è molto importante usata e applicata così com'è, soprattutto considerando la massiva natura multiculturale dei Pazienti del Trust di Brighton.

Ma nel nostro caso, voglio applicare la teoria considerando come destinatari non i Pazienti ma gli Infermieri internazionali, una realtà in continua e crescente espansione .

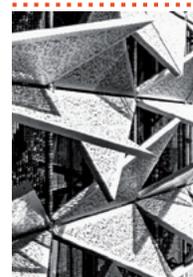
Idea: applicazione della teoria considerando come destinatari non i pazienti ma gli infermieri internazionali

La Direzione infermieristica dovrebbe guardare agli Infermieri internazionali considerandone il bagaglio culturale e usando questo come un punto di forza dell'Infermiere stesso.

Questo permette di scoprire le attitudini, le esperienze fatte e quindi di incrementare il background e le competenze di tutto lo staff Infermieristico del Trust.

Nella mia, seppur breve, esperienza ho notato che un Infermiere straniero, ma ben integrato e soddisfatto del ruolo che copre e adeguatamente stimolato nel suo lavoro, ha un impatto estremamente positivo sul Paziente e lo stesso

esperienze professionali



NURSING QUALITY IMPROVEMENT CONFERENZA NMC (NURSES AND MIDWIFERY COUNCIL)

di Irene Del Carlo, a cura di Giuliana Landi - segue dalle pagine precedenti

22

esperienze professionali

Paziente sembra apprezzare molto l' "esotico" dell'Operatore.

Sono sicura che tutti noi crediamo che un Paziente sia un Paziente, senza differenze di colore, cultura o bandiera.

Sono sicura che in ogni tipo di Assistenza infermieristica, proveniente da qualsiasi Paese, l'unico scopo è la miglior assistenza possibile per ogni singolo e particolare Paziente.

Allo stesso tempo io credo che un Infermiere sia un Infermiere, anche con le differenze culturali e la sua esperienza.

Per questa ragione il Trust dovrebbe realmente valorizzare ogni singolo Infermiere con una diversa competenza culturale, perché può arricchire la pratica dell'infermieristica e garantire la migliore e più completa assistenza per i Pazienti.

Risultato previsto: incremento della qualità dell'assistenza infermieristica

- Infermiere internazionale soddisfatto*
- incremento della produttività
 - gruppo di lavoro soddisfatto
 - pazienti soddisfatti

E' necessario *considerare la cultura e il background dell'Infermiere internazionale come una risorsa che può indubbiamente dare un incremento, una crescita della qualità dell'infermieristica nel nostro Trust e quindi raggiungere la migliore Assistenza Infermieristica fornibile.*

Avere una così importante risorsa è come avere il biglietto vincente della lotteria in tasca e dimenticarsi di averlo comprato, no?

Grazie per avermi ascoltato, spero che questo mio intervento possa supportare l'incremento della qualità dell'Assistenza infermieristica del Trust e il raggiungimento della



migliore assistenza per i nostri Pazienti.

In questo modo, è possibile raggiungere il benessere di ciascuna figura professionale coinvolta, dall'Infermiere internazionale, alle figure manageriali e infine, ma sicuramente il più importante, il benessere del Paziente.



Irene Del Carlo
Staff Nurse Band 5 (infermiera abilitata)
BSUH (Brighton & Sussex University Hospital),
Brighton, East Sussex, UK
NHS (National Health System)



GIORNATA DI FORMAZIONE COLLEGI IPASVI PER UNA "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE"

di Ilaria Cattalini e Guadalupe Capizzano

23

notizie dalla federazione

Il 18 febbraio 2016 la Federazione Nazionale dei Collegi IPASVI ha organizzato una giornata incentrata sulle tematiche della Trasparenza e del Protocollo informatico, rivolta ai Segretari dei Collegi IPASVI, coinvolti in prima persona, nell'applicazione delle relative normative.

Per il Collegio IPASVI di Lucca hanno partecipato: Ilaria Cattalini, Segretaria del Consiglio Direttivo e Responsabile dell'Anticorruzione e Trasparenza, e Guadalupe Capizzano Referente della pagina "Amministrazione trasparente" presente nel Sito del Collegio IPASVI di Lucca.

Il tema, oggi, è di grande attualità e richiede specifici obblighi da espletare, da parte del Collegio IPASVI, trattandosi di un Ente di diritto pubblico. Entrambe le Colleghe hanno partecipato alla giornata di formazione per acquisire specifiche competenze teorico - pratiche sulla gestione della "Amministrazione trasparente", così come prevede la legge.

Pubblichiamo una sintesi delle relazioni che sono state presentate durante l'incontro.

(G.L.)

Dagli anni '90 l'Italia ha iniziato ad emanare leggi sulla trasparenza; in questa bulimia legislativa sullo stesso argomento, oggi si è reso necessario fare ordine e chiarezza. Esistono precisi paradigmi per l'Amministrazione Trasparente che riflettono i cambiamenti delle società democratiche nel mondo.

Un ragionamento sulla trasparenza amministrativa ed organizzativa è stato fatto dal Presidente americano Obama. Nell'ambito delle Pubbliche Amministrazioni ha proposto, come obiettivo a livello mondiale, l'accesso, da parte dei Cittadini, ad una amministrazione trasparente.

A questo progetto mondiale che prevede il cambiamento strutturale dell'apparato governativo e delle modalità di concepire la dirigenza, hanno aderito 62 Paesi, tra cui l'Italia.

La Pubblica Amministrazione viene rappresentata come una "casa di vetro". "Open government", infatti, per gli americani significa trasparenza, collaborazione e partecipazione.¹

1. L'espressione "open government" (letteralmente "governo aperto") si intende un concetto di *governance* a livello centrale e locale, basato su modelli, strumenti e tecnologie che consentono alle amministrazioni di essere "aperte" e "trasparenti" nei confronti dei cittadini. In particolare l'Open government prevede che tutte le attività dei governi e delle amministrazioni dello stato debbano essere aperte e disponibili, al fine di favorire azioni efficaci e garantire un controllo pubblico sull'operato.

La trasparenza ha senso in un contesto partecipativo: se decidiamo insieme e controlliamo insieme, (accountability) e, se allo stesso tempo, l'Amministrazione stessa diventa capace di render conto dei suoi atti.²

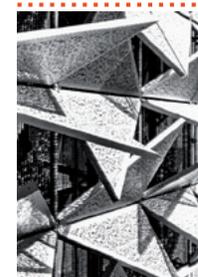
LE 4 E DEL "OPEN GOVERNMENT"

- **Endorsement**, (formazione e impegno della classe politica) io credo in quello che state facendo
- **Empowerment** (processo di crescita individuale e del gruppo)
- **Engagement** (coinvolgimento dei cittadini) partecipazione dei cittadini
- **Enforcement** (impegno e misure di verifiche) in relazione al quadro legislativo.

VIVERE NELLA LOGICA DELLA TRASPARENZA È FATICOLO ED IMPLICA UN SALTO CULTURALE NOTEVOLE

I dati statistici riguardanti l'efficacia e la fiducia del Sistema Pubblico sono drammatici. Il *Welfare state* non può più sostenersi come

2. Con il termine "accountability" si intende in campo politico un aspetto inscindibile del processo di delega. Esso prevede una valutazione da parte dell'elettorato, ed eventualmente una sanzione, in merito all'operato dei politici. Nel campo della governance, si riferisce all'obbligo per un soggetto di rendere conto delle proprie decisioni e di essere responsabile per i risultati conseguiti.



GIORNATA DI FORMAZIONE COLLEGI IPASVI PER UNA "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE"

(prosegue dalle pagine precedenti)

modello latino o scandinavo, perché sono aumentati i bisogni di ciascuno.³

Sono cambiati i presupposti: ogni persona ha i suoi bisogni e i suoi costi. I principi che erano alla base dell'organizzazione e della costituzione dei Sistemi Sanitari del '900 sono in crisi.

Alla base della filosofia della trasparenza ci sono i modelli della *Cittadinanza Attiva*: noi crediamo nella democrazia che deve avere alla base la trasparenza. Occorre pensare al Cittadino come contribuente, produttore e consumatore delle nostre prestazioni. Per questo chiediamo al Cittadino cosa ne pensa, puntando su una sua forte presa di coscienza.

Le persone portatrici di diritti (art. 32 della Costituzione Italiana) e di interessi (sussidiarietà orizzontale), fanno gli interessi della Società. Alla base vi è la partecipazione civica. Il rapporto tra le Pubbliche Amministrazioni (P.A.) e il Cittadino implica che le P.A. debbano informare, in modo bilanciato ed oggettivo, per favorire la comprensione dei problemi, dando, in ogni caso, alternative e possibili soluzioni. Ad esempio, è importante informare su l'utilizzo dei soldi pubblici, sui risultati ottenuti (*out comes*) per stabilire la qualità di vita dei Cittadini e i Criteri di performance.

- **Legge 241/90** definisce la possibilità e la modalità di accesso agli atti. Si tratta di un interesse legittimo, diritto fondamentale all'accesso, quando c'è un interesse giuridicamente rilevante.
- **Riforma Brunetta Dlgs. 150/09**: determina che l'amministrazione deve pubblicare le informazioni sul suo funzionamento. Trasparenza intesa come accessibilità totale (art. 117 della costituzione diritto essenziale: la trasparenza).
- **Dlgs. n. 33/2013**: la trasparenza come disciplina organica costituisce la base dell'attuale realizzazione della trasparenza delle

3. Lo stato sociale (anche detto dall'inglese *welfare state*) è una caratteristica dei moderni *stati di diritto* che si fonda sul principio di uguaglianza.

PA. Accanto all'accesso agli atti c'è l'accesso civico.

- **Riforma Madia Legge 124/2015** determina:
 - la digitalizzazione e nuovi diritti dei cittadini
 - la semplificazione burocratica e riduzione degli oneri amministrativi
 - la Pubblica Amministrazione e Dirigenza
 - il riordino della architettura delle PA.

Il **Paradigma del FOIA** (*Freedom of Information Act*) salvaguarda la PA dalla corruzione e dalle inefficienze⁴. Infatti, la trasparenza totale è possibile grazie al diritto di accesso all'informazione, regolato da specifiche norme amministrative. Qualsiasi dato pubblico, è pubblico comunque, ma può essere riservato per motivi di sicurezza e di tutela della privacy.

Tutti i paesi dell'OCSE (*Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico*) hanno seguito queste regole riguardanti il diritto d'accesso.⁵

Tra le raccomandazioni dell'OCSE troviamo il diritto fondamentale di accesso alle informazioni. Le P.A. non solo devono essere proattive (*pubbliche*), ma anche reattive (*che rispondono*). Tutti i Cittadini sono per definizione interessati. L'ombra principale è il *silenzio diniego*, tu me lo chiedi e io ho 30 giorni per darti l'informazione richiesta. Se non vi è la risposta alla richiesta è sottointeso che non si ha l'intenzione di dare una risposta. Si deve motivare la negazione, solo su richiesta del Cittadino. Se il Cittadino vuole, può decidere di rivolgersi al TAR. Viene dato al Cittadino un potere di controllo. Diventa, quindi una scelta

4. E' una legge sulla libertà di informazione, emanata negli Stati Uniti il 4 luglio 1966 durante il mandato del presidente Lyndon B. Johnson.

5. I 34 Paesi membri dell'OCSE sono uniti dall'interesse per aspetti attinenti alla politica economica, finanziaria, scientifica, sociale, ambientale, dell'istruzione e di sviluppo. Sullo sfondo della globalizzazione, i Governi discutono questi temi, si scambiano esperienze e ricercano possibilità di miglioramento e soluzioni congiunte ai problemi. L'impegno dell'OCSE e dei suoi membri si focalizza sul migliore coordinamento tra Stati e sulla coerenza delle politiche economiche nazionali e internazionali.

etica della Amministrazione. Infine, dobbiamo prendere in considerazione anche il **Dlgs. n.33/2013**, che rappresenta il proseguimento dell'opera intrapresa dalla **Legge 190/2012** (anticorruzione).

LEGGE 190/2012 (ANTICORRUZIONE)

Attraverso una maggiore trasparenza di tutte le PA, ha come obiettivi fondamentali:

- Favorire la prevenzione della corruzione
- Attivare un nuovo tipo di "controllo sociale" (accesso civico) sociale
- Sostenere il miglioramento delle performance
- Migliorare l'accountability dei manager pubblici
- Abilitare nuovi meccanismi di partecipazione e collaborazione tra PA e i cittadini.

I PILASTRI DEL DECRETO "TRASPARENZA"

- Riordinare i fondamentali obblighi di pubblicazione derivanti dalle innumerevoli normative stratificate nel corso degli ultimi anni.
- Uniformare gli obblighi e le modalità di pubblicazione per tutte le Pubbliche Amministrazioni definite nell'art.1 comma 2 del **Dlgs.165/2001** e per gli Enti controllati.
- Definire ruoli, responsabilità e processi in capo alle Pubbliche Amministrazioni e agli organi di controllo.
- Introdurre il nuovo Istituto dell'accesso civico.

LA BUSSOLA DELLA TRASPARENZA

- Consente alle pubbliche amministrazioni e ai cittadini di utilizzare strumenti per l'analisi ed il monitoraggio dei siti web.
- Il principale obiettivo è di accompagnare le amministrazioni, anche attraverso il coinvolgimento diretto dei cittadini, nel miglioramento continuo della qualità delle informazioni on-line e dei servizi digitali.

- Questa iniziativa è in linea con i principi dell'open government ed in particolare mira a rafforzare: trasparenza, partecipazione e accountability.

GESTIONE ELETTRONICA DEI DOCUMENTI E TRASPARENZA AMMINISTRATIVA

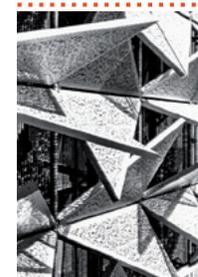
Esiste, però, una difficoltà di interpretazione da parte dei Giuristi dell' inserimento della informatica nell'ambito della giurisprudenza. L'esistenza dei mezzi informatici, il loro utilizzo e il loro valore sociale ha determinato un cambiamento epocale nella casa di vetro digitale della P.A.

Il **Dlgs. 196/2003** sulla tutela della privacy determina i limiti di ogni forma di pubblicazione. La rivoluzione disegnata nel Codice dell'Amministrazione Digitale, presente nel **Dlgs. 82/2005**, definisce la necessità di protocollazione e registrazione informatica, l'archiviazione e la gestione documentale, la privacy e la sicurezza informatica e, non ultimo, la conservazione nel tempo della documentazione.

PRINCIPIO DI NECESSITÀ E PRINCIPIO D'ACCESSIBILITÀ (DLGS. 196/2003)

Per digitalizzare e garantire un processo di trasparenza, le P.A. devono essere grado di dialogare tra loro. Il problema della crescita esponenziale dell'informazione, rende difficile la sua gestione in tempi reali; così come la loro diffusione ed archiviazione. La Politica di *accountability* definisce la modalità di gestire in modo corretto l'informazione. Si tratta di regole tecniche che si basano sugli articoli 20 e 21 del Codice della Amministrazione Digitale (**Dlgs. 82/2005**).

Anche il **DPR 455 del 2000** è da tener presente per sapere come pubblicare e archiviare, mantenere aggiornati i dati, controllare il contesto archivistico per garantire l'intero processo o flusso informativo. Da ciò risulta evidente la necessità di garantire un processo on line su l'intero contesto archivistico.



GIORNATA DI FORMAZIONE COLLEGI IPASVI PER UNA "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE"

(prosegue dalle pagine precedenti)

notizie dalla federazione

I DOCUMENT MANAGEMENT: FASI EVOLUTIVE

- 1990: archiviazione ottica digitalizzazione.
- 2000: firma digitale, gestione documentale, conservazione sostitutiva
- 2010: portale processo digitale, firma elettronica, gestione del dato, interconnessione.
- Conservazione dei documenti in supporti ottici e non re scrivibile

La memoria digitale non può essere affidabile se affidata ai soli supporti. Adesso utilizziamo comunemente le chiavette, ma tra poco utilizzeremo il *cloud*.⁶

La firma digitale serve a rendere immutabile ciò che in carta può essere modificato. La firma digitale può non piacere, ma ricordiamoci che stiamo andando verso processi rivolti all'identità digitale.⁷

Il Legislatore si sta orientando verso processi digitali che permetteranno l'identificazione, sui portali correlati ad uffici di gestione, di documenti elettronici, partendo dai Protocolli informatici. In questo caso, il Sistema di conservazione ed archiviazione dell'informazione garantisce la valenza del Protocollo informatico.⁸

6. In informatica con il termine inglese **cloud computing** (in italiano **nuvola informatica**) si indica un paradigma di erogazione di risorse informatiche, come l'archiviazione, l'elaborazione o la trasmissione di dati, caratterizzato dalla disponibilità *on demand* attraverso internet a partire da un insieme di risorse preesistenti e configurabili.

7. La rappresentazione dell'identità digitale deve essere tanto più completa quanto è complessa la transazione in cui è coinvolta. Infatti il grado di affidabilità e le quantità di informazioni richiesti possono variare in modo molto significativo a seconda del tipo di transazione. Un'identità digitale è articolata in due parti: chi uno è, e le credenziali che ognuno possiede (gli attributi di tale identità). Le credenziali possono essere numericamente e qualitativamente molto variegate e hanno differenti utilizzi. L'identità digitale completa è abbastanza complessa e ha implicazioni sia legali che tecniche. Comunque, l'identità digitale più semplice consiste in un ID (*o username*) e una parola di identificazione segreta (*o password*). In questo caso lo *username* è l'identità, mentre la *password* è chiamata credenziale di *autenticazione*. Ma l'identità digitale può essere complessa come una vera e propria identità umana.

8. Le regole tecniche per la protocollazione e la conservazione dei documenti informatici entrano definitivamente in vigore con l'avvenuta pubblicazione nella Gazzetta Ufficiale n. 59 del 12 marzo 2014 (Supplemento Ordinario n. 20). Emanate il 3 dicembre 2013 con due distinti decreti del Presidente del Consiglio dei ministri sono disponibili nella sezione dedicata alla gestione dei procedimenti amministrativi.

NORMATIVA SUL DOCUMENTO INFORMATICO, SULLA FIRMA DIGITALE E SULLA CONSERVAZIONE DIGITALE:

- Codice della Amministrazione Digitale (D. Lgs 82/2005)
- Codice dei beni culturali (D.lgs 42/2004)
- Codice della Privacy (allegato B del D.lgs 196/2003)
- DPCM 13 Novembre 2014 (regole tecniche documento informatico)
- Deliberazione CNIPA 2004/11 (regole conservazione)
- DPCM 3 dicembre 2013 (regole e protocollo conservazione)
- DPCM del 30 marzo 2009 DPCM 22 febbraio 2013 (Regole tecniche firme digitali)
- DPR 11 febbraio 2005 n. 68 (Posta elettronica Certificata).

DECERTIFICAZIONE

- Art. 15 L 183/2011 Direttiva Pres. Consiglio Ministri 14/2011.

PUBBLICITÀ E TRASPARENZA

- Legge 69/2009
- D.lgs. 27 ottobre 2009, n. 150
- D.lgs. 33/2013
- Linee guide garante della Privacy (2014)

In conclusione, la trasparenza viene sempre di più utilizzata per favorire l'accountability della P.A., divenendo strumento per il contrasto di fenomeni corruttivi nell'agire amministrativo. Tuttavia, l'ormai indiscussa importanza dei dettami del D.lgs 33/2013, non comporta un'automatica prevalenza della "trasparenza" sulla "Privacy", ma presuppone, comunque, un bilanciamento fra gli interessi contrapposti e un'accurata valutazione del principio di proporzionalità, che non può mai essere superato. Un approccio basato sulla "priva-

cy by design", anche per il settore pubblico, probabilmente potrebbe portare, finalmente, ad un equilibrio tra il diritto alla tutela dei dati personali e gli obblighi di trasparenza, senza pregiudizio per gli interessati. Nonostante la normativa in vigore e quella tutt'ora in attesa di approvazione, resta, comunque, un lungo percorso da fare. Il cambiamento coinvolge

l'assetto culturale nazionale, la prospettiva è quella di vivere la partecipazione attiva nel contesto delle P.A. L'invito a conoscere questo argomento diventa imperativo; interessa a tutti e fa parte dell'interesse di tutti. Il richiamo è quello di mettere in atto ciò che è richiesto dalla normativa, favorendo lo sviluppo di una cultura democratica partecipativa.



Infermiere Coordinatore Ilaria Cattalini
Segretaria del Consiglio Direttivo
Collegio IPASVI di Lucca



Dott.ssa Guadalupe Capizzano
Consigliere Referente per il Sito web
e Amministrazione Trasparente Collegio IPASVI di Lucca

notizie dalla federazione

VAI IN PENSIONE? LEGGI QUI!

Nella seduta del 17 febbraio 2010 il Consiglio Direttivo ha deliberato che a partire dal Gennaio 2011 gli Iscritti che vanno in pensione nel corso di ogni anno possono fruire della quota ridotta a loro riservata, previa presentazione della domanda e della documentazione richieste.

In questo modo i Pensionati possono continuare ad essere iscritti al Collegio, con tutte le garanzie di chi è ancora in attività.

La documentazione per richiedere la quota ridotta di € 20,00 annue, dovrà essere presentata alla Segreteria del Collegio entro il mese di novembre di ogni anno: la quota ridotta decorrerà a partire dall'anno successivo.

Nell'anno del pensionamento dovrà essere pagata al Collegio la quota annuale intera.





LA RESPONSABILITÀ PROFESSIONALE E IL DDL GELLI

di Luca Benci, a cura di Giuliana Landi

responsabilità professionale

Il giurista Luca Benci è stato interpellato per sapere cosa potrebbe succedere se venisse approvato il DdL "Gelli"; tale decreto – dal nome del relatore alla Camera – sulla responsabilità professionale, prosegue con la strada aperta del decreto Balduzzi sulla creazione di un "sottosistema" della responsabilità professionale sanitaria con il dichiarato scopo di alleggerire la pressione del contenzioso Professionista sanitario-Paziente.

Vi sarebbe da domandarsi se tale risultato risulti anche rispettoso delle esigenze di giustizia dei Cittadini che si rivolgono alle aule di Tribunale.

Il DdL Gelli contiene norme di prevenzione dei rischi e, soprattutto, le condizioni di legittimità dell'esercizio professionale.

Si legge nell'articolo che le condizioni di liceità delle prestazioni sanitarie "erogate con finalità preventive, diagnostiche, terapeutiche e riabilitative, eseguite da esercenti le professioni sanitarie" sono stabilite previa acquisizione del "consenso informato del Paziente salvo i casi stabiliti dalla legge" come primo requisito e, come secondo requisito l'osservanza delle "buone pratiche clinico-assistenziali e delle raccomandazioni previste dalle linee guida" ("tenuto conto").

Quando ricorrono le tre condizioni richieste le prestazioni sanitarie "non costituiscono offesa all'integrità psico-fisica".

Il primo requisito – il consenso informato – è tassativo mentre gli altri due risulterebbero meno tassativi: "tenuto conto" appunto.

Il Medico, *rectius*, qualunque esercente una Professione sanitaria partendo dall'imprescindibile consenso deve "tenere conto" nel suo agire professionale, delle "buone pratiche clinico-assistenziali" e delle "raccomandazioni previste dalle linee guida".

Il DdL Gelli cambia la formulazione prevista dalla legge Balduzzi, la quale specifica che l'e-

sercente la professione sanitaria "si attiene a linee guida e buone pratiche accreditate dalla comunità scientifica".

L'individuazione esatta di questi documenti professionali non è un elemento secondario. Secondo le più note definizioni le linee guida sono "raccomandazioni" di carattere clinico. Per costante convinzione e per costante giurisprudenza le linee guida sono non obbligatorie e sono meramente orientative.

Più complesso tentare di capire cosa siano esattamente le buone pratiche (formulazione Balduzzi). Dato che non esiste una definizione univoca di buona pratica rintracciabile riscontriamo una pluralità di definizioni che hanno una costante: *buona pratica è quella che ha nel suo DNA la "sicurezza delle cure"* (<http://buonepratiche.agenas.it/recommendlist.aspx>).

Non a caso le "Raccomandazioni" ministeriali (corretto utilizzo del cloruro di potassio, Raccomandazione per prevenire la ritenzione di garze, strumenti o altro materiale all'interno del sito chirurgico, Raccomandazione per la prevenzione della morte materna correlata



On. Federico Gelli, relatore alla Camera dei Deputati del Disegno di Legge sulla Responsabilità Professionale.



al travaglio e/o parto, Raccomandazione per la prevenzione degli errori in terapia con farmaci antineoplastici ecc.) *sono definite dall'Agenas "buone pratiche"* (<http://buonepratiche.agenas.it/recommendlist.aspx>).

Il DdL Gelli cambia la formulazione delle condizioni di liceità ribattezzando le "buone pratiche" di Balduzzi in "buone pratiche clinico-assistenziali" e le linee guida di Balduzzi in "raccomandazioni previste dalle linee guida".

Entrambe le nuove formulazioni – erano necessarie? – rischiano di operare confusioni. Lo abbiamo già detto: tra le buone pratiche rientrano le "raccomandazioni" ministeriali (ma non sono linee guida) mentre le linee guida sono "raccomandazioni".

Si vuole intendere qualcosa di diverso parlando di "raccomandazioni previste dalle linee guida"? Si erano riscontrate criticità nella precedente formulazione di Balduzzi? Per "buone pratiche clinico-assistenziali" si intende qualcosa di diverso dalle raccomandazioni ministeriali?

Con una formulazione simile – se approvata a titolo definitivo – il legislatore demanderebbe alla giurisprudenza il compito di chiarire l'oscuro punto.

Il secondo comma dell'articolo 6 introduce una fattispecie speciale di "omicidio colposo" e di "lesioni personali colpose" in "ambito sanitario" (più correttamente per l'esercente la professione sanitaria).

Riportiamo per esteso l'articolo:

Art. 590-bis codice penale

L'esercente la professione sanitaria che, nello svolgimento della propria attività, cagiona a causa di imperizia la morte o la lesione personale della persona assistita risponde dei reati di cui

agli articoli 589 e 590 solo in caso di colpa grave.

Agli effetti di cui al primo comma, è esclusa la colpa grave quando, salve le rilevanti specificità del caso concreto, sono rispettate le raccomandazioni previste dalle linee guida e le buone pratiche clinico-assistenziali.

L'articolo 3, comma 1, del DL 13 settembre 2012, n. 158, convertito con modificazioni dalla legge 8 novembre 2012, n. 189, continua ad applicarsi, con riferimento a ciascun settore di specializzazione medico-chirurgica, sino alla pubblicazione delle linee guida relative al medesimo settore.

Prosegue il lavoro iniziato da Balduzzi sulla esenzione dalla responsabilità penale, circoscrivendola opportunamente ai soli reati di omicidio colposo e lesioni personali colpose, e limitandole linee guida alla sola imperizia (criterio già indicato dalla giurisprudenza).

Il secondo comma del (possibile) nuovo reato però va oltre laddove escludendo anche la colpa grave quando vengano rispettate le "raccomandazioni previste dalle linee guida e le buone pratiche clinico-assistenziali".

Quindi depenalizzazione totale in caso di imperizia "salve le rilevanti specificità del caso concreto". *Resta la responsabilità penale per i casi di negligenza e imprudenza e per imperizia – solo colpa grave – in caso di inosservanza di linee guida e buone pratiche.*

In questo caso rimangono del tutto in piedi le argomentazioni poste dal Tribunale di Milano (ordinanza 21 febbraio 2013) che analizzando la legge Balduzzi che esentava dalla responsabilità penale per colpa lieve aveva modo di affermare che la norma "deresponsabilizza penalmente soltanto chi si attiene alle linee guida e alle buone prassi con l'effetto di inibire a atrofizzare la libertà del pensiero scientifico, la libertà di ricerca e di sperimentazione clinica, la libertà terapeutica all'interno di ciò che è stato

responsabilità professionale



LA RESPONSABILITÀ PROFESSIONALE E IL DDL GELLI

di Luca Benci, a cura di Giuliana Landi - segue dalle pagine precedenti

30

responsabilità professionale

consacrato dalle linee guida e dalla buone prassi”.

Inoltre, chiosavano i giudici milanesi “l’area della non punibilità è ingiustificatamente premiale per coloro che manifestano acritica e rassicurante adesione alle linee guida o alle buone prassi ed è altrettanto ingiustificatamente avvilente e penalizzante per chi se ne discosta con una pari dignità scientifica”.

Se pensiamo che – rispetto a Balduzzi che indicava nell’esercizio professionale le linee guida e le buone pratiche “accreditate dalla comunità scientifica”, **per l’articolo Gelli** valgono solo le linee guida di società scientifiche iscritte in un “apposito elenco” determinato da un decreto ministeriale.

Non possiamo non concordare con chi, in queste pagine, ha da tempo parlato di “medicina amministrata” (Ivan Cavicchi) o da chi ha acutamente parlato di linee guida figlie della politica (Silvestro Scotti http://www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/articolo.php?articolo_id=33669).

Le stesse preoccupazioni sono state espresse da Filippini e De Fiore sulla necessità che le formulazione delle linee guida siano slegate da interessi di tipo economico e politico (http://www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/articolo.php?articolo_id=33424).

La “comunità scientifica” di Balduzzi diventa una sorta di comunità scientifica parastatale nell’articolo di Gelli.

Da questo punto di vista il DdL Gelli si pone sullo stesso piano del decreto sull’appropriatezza in discussione in queste settimane dove lo Stato si fa medico, indicando attraverso il linguaggio burocratico delle condizioni di erogabilità e di dispensabilità, per oltre duecento esami, quale medico debba prescrivere, con quale tempistica, a quali condizioni e a quali Pazienti.

Siamo nella stessa logica premiale: in questo caso il Medico conserva, per intero,

la retribuzione mentre nel caso del DdL Gelli acquisisce il diritto all’impunità penale.

Si vede quindi premiato il Medico (e l’esercente la Professione sanitaria) timoroso e osservante che non osa prendersi responsabilità specifiche sul caso concreto.

Siamo lontanissimi dall’antico precetto ipocratico – giustamente superato per l’eccesso di autoreferenzialità e per le strumentalizzazioni che ha provocato, ma non certo nel suo spirito migliore – del Medico che agisce in “scienza e coscienza”.

Siamo sicuri che questo sia il miglior modo per curare i Cittadini e tutelarne il loro diritto costituzionale alla salute?

La mera osservanza di linee guida determinate da società scientifiche riconosciute dal Ministero supererà il vaglio di quella giurisprudenza che ha già avuto modo – nei contenziosi di responsabilità – di porre interpretazioni “costituzionalmente orientate” che hanno portato a condanne in quanto le linee guida non devono essere ispirate a logiche di “economicità della gestione” in quanto tali scelte non devono “in alcun modo interferire con la cura del Paziente”? (Cassazione, sezione IV, sentenza 11493/2013).

Negli ultimi anni, lo sappiamo, sono state, per il legislatore, prioritarie le esigenze di bilancio più che il diritto alla salute.

Quello analizzato è il Disegno di Legge così come approvato dal Senato. Oggi è all’esame della Camera e vedremo se saranno apportati cambiamenti.

Ci siamo limitati all’analisi dei cambiamenti della responsabilità penale. **Nel prossimo numero analizzeremo le problematiche relative alla responsabilità civile.**

Nella logica della “posizione di garanzia” conseguente alla presa in carico il limite non è quello delle linee guida statali, ma quello della migliore scienza per oramai costante giurisprudenza. Intendiamoci, quest’ultima non è certo esente da critiche soprattutto laddove ha, in nome del diritto costituzionale alla salute, autorizzato anche cure prive di efficacia (Di Bella, Stamina), ma farebbe il proprio mestiere nel giudicare colpevole la disapplicazione proprio di linee guida “parastatali” che rischiano di essere influenzate da altri fattori che non siano proprio quelli della cura al Paziente.

La scienza è da sempre insuscettibile di reale controllo e trova conforto e forza anche nell’articolo 33 della Costituzione che stabilisce che “la scienza è libera e libero ne è l’insegnamento”

Ultimo ma non ultimo il rilievo sulla possibile incostituzionalità della esenzione dalla responsabilità penale del DdL Gelli.

Nella sua argomentata ordinanza di rinvio alla Corte costituzionale *il Tribunale di Milano eccipi*, tra l’altro, *la violazione del principio di uguaglianza* (art. 3 Cost.), *del diritto alla difesa* (art. 24 Cost.) e *del diritto alla salute* (art. 32 Cost.).

Argomentavano i Giudici milanesi che il Paziente, in qualità di persona offesa dal reato, non può ricevere alcuna tutela in sede penale ma solo in sede civile.

Attenzione: si parlava solo dell’impunità della colpa lieve.

Con l’articolo Gelli vi è l’estensione anche alla colpa grave. I Giudici meneghini specificano che si tratta di un “grave vuoto di tutela in sede penale che impedisce a un soggetto danneggiato” di agire penalmente.

La tutela penale e civile non sono identiche e non sono fungibili in quanto la persona offesa nel caso del procedimento penale non può avvalersi dell’azione pubblica, accodarsi all’ac-

31

responsabilità professionale



Il giurista Luca Benci, referente del Collegio IPASVI di Lucca sugli aspetti legali e normativi della nostra Professione.

quisizione probatoria del Pubblico Ministero e quindi fruire di una attività investigativa che altrimenti non potrebbe sostenere con una mera azione civile”.

Diminuzione della tutela, quindi, a fronte dell’unico diritto che la nostra Costituzione definisce “fondamentale” come il diritto alla salute.

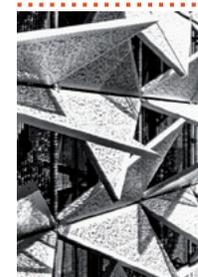
Le argomentazioni dei Giudici milanesi rimangono tutte in piedi e si rafforzano per l’ampliamento della esenzione dalla responsabilità prevista dal DdL Gelli (La Corte Costituzionale ha giudicato manifestamente inammissibile l’ordinanza del Tribunale di Milano per motivi meramente procedurali senza entrare nel merito della vicenda).

Infine la norma transitoria salva le linee guida della Comunità Scientifica fino alla pubblicazione delle linee guida “parastatali” previste dall’articolo di Gelli.

Giurista Luca Benci

Autore di pubblicazioni sul Diritto Sanitario e sulle Professioni Sanitarie.

Componente della redazione della Rivista Italiana di Emergenza – Urgenza Pediatrica e del Board Editoriale di Emergency Care Journal
Professore all’Università degli Studi di Firenze per i Corsi Laurea Specialistica delle Classi di Laurea delle Professioni Sanitarie.



**CALENDARIO ATTIVITÀ FORMATIVE
SECONDO SEMESTRE 2016**

32

calendario corsi formazione ecm

TITOLO EVENTO	DATA	SEDE	QUOTA ISCRIZIONE	CREDITI ECM	POSTI DISPONIBILI
"Lo stile comunicativo eccellente dei professionisti della salute" Corso avanzato sull'Enneagramma Prof. Orlando Bassetti Dott.ssa Renata Lesca	12 - 13 ottobre 2016	Sala Riunioni c/o Collegio IPASVI, via Viaccia I, 140 S. Anna Lucca	GRATUITO per gli iscritti al Collegio IPASVI di Lucca € 100,00 per tutti gli altri	in fase di accreditamento per tutte le Professioni	n. 30 fino a esaurimento
La responsabilità dell'Infermiere e la tutela assicurativa Dott. Luca Benci	23 novembre 2016	Auditorium Polo Didattico e Formativo ASL 2 Lucca S. Maria a Colle	GRATUITO per gli iscritti al Collegio IPASVI di Lucca	in fase di accreditamento per Infermieri Assistenti Sanitari Infermieri Pediatrici/Vigilatrici d'Infanzia	n. 100 fino a esaurimento

SI PROPONE:					
Corsi FAD 1) Responsabilità professionale sanitaria 2) Prevenzione e sicurezza nel lavoro: corso di base 3) Rischio biologico 4) Anticorruzione e Trasparenza	dal 1 Marzo 2016 a 31 Dicembre 2016		GRATUITI per gli iscritti al Collegio IPASVI di Lucca € 50,00 a pacchetto per tutti gli altri	in fase di accreditamento per tutte le Professioni	n.500
n.2 Comunità di Pratica (CdP) su : " PRIMARY NURSING, un approccio relazionale focalizzato sul paziente di Marie Manthey	1° - Ottobre / Dicembre 2016 2° - Ottobre / Dicembre 2016	Lezioni in presenza c/o Sala Riunioni Collegio Ipasvi di Lucca Via Viaccia I, n. 140 S. Anna, Lucca	GRATUITI per gli iscritti al Collegio IPASVI di Lucca € 50,00 a pacchetto per tutti gli altri	n fase di accreditamento per tutte le Professioni	n. 20 per ogni CdP

**COMUNITÀ DI PRATICA (CDP) : PRIMARY NURSING
UN APPROCCIO RELAZIONALE FOCALIZZATO SUL PAZIENTE**

33

corso formazione ecm fad

Sede: Sala Riunioni Collegio IPASVI Via Viaccia I°, S. Anna - Lucca

Data: Ottobre - Novembre 2016

Orario: vedi dettaglio nel Calendario Didattico

Crediti ECM: in fase di accreditamento Secondo le disposizioni del Ministero della Salute, l'attribuzione dei crediti ECM è subordinata alla presenza a tutte le lezioni ed al superamento del test di apprendimento.

Per l'iscrizione è obbligatorio:

inviare per fax al Collegio (o portare di persona) la scheda d'iscrizione, compilata e firmata - fax 0583/419114.

CONTENUTI

- Cenni sui principi fondamentali per costruire una comunità di pratica: dalla logica individuale alla logica della condivisione e contaminazione.
- Presentazione del Modello Primary Nursing come sistema di erogazione dell'Assistenza che fonda la sua ragion d'essere sulla relazione Paziente-Infermiere.
- Come implementare questo modello organizzativo per riportare al centro dell'Assistenza i due principali attori coinvolti nel processo di cura: il Paziente con la sua famiglia ed il Professionista.
- Confronto con alcune esperienze italiane
- Presentazione del Dossier di Comunità di Pratica (CdP) finale nell'ambito di una giornata conclusiva.

METODOLOGIA DIDATTICA E TECNOLOGIE/SUSSIDI

- Metodologia: Lezioni frontali e discussione, presentazione di esperienze, applicazione pratica dei sistemi, esercitazione e lavoro attivo
- Tecnologie/sussidi: aula informatica con la rete internet, guida all'uso della piattaforma e materiale bibliografico.

- Predisposizione del Dossier di CdP da presentare nell'ambito della giornata conclusiva.

VALUTAZIONE FINALE

- L'apprendimento finale sarà realizzato attraverso la valutazione del Dossier di CdP predisposto nell'ultima giornata
- Il gradimento del Corso sarà valutato attraverso uno specifico Test.

CALENDARIO DIDATTICO

Il Corso di formazione si sviluppa in 22 ore formative così calendarizzate:

- Martedì 4 Ottobre 2016 dalle ore 8,00 alle ore 13,00** - presentazione del Corso, della metodologia di lavoro e dei contenuti da sviluppare e indicazioni per elaborare il dossier finale.
- 12 ore FAD** - attività a distanza dei 4 gruppi sulle tematiche del Corso con il supporto di tutor FAD indicati.
- Martedì 8 Novembre 2016 dalle ore 8,00 alle ore 13,00** - discussione sul lavoro svolto in FAD presentazione del Dossier Finale, discussione e conclusione.

DOCENTI / TUTOR FAD

Anelli Catia, Infermiere Coordinatore - Polo Didattico e Formativo S. Maria a Colle, ASL Nord ovest Toscana, Lucca

Cini Lorenzo, Infermiere - ASL Nord ovest Toscana - Ospedale Versilia

Dinucci Stefania, Inf.ra Coord.ce - ASL Nord ovest Toscana - Ospedale S. Luca, Lucca

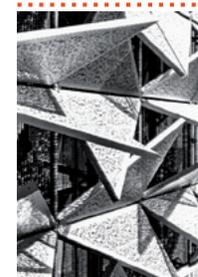
Landi Cristina, Infermiera - ASL Nord ovest Toscana - Ospedale Versilia

Mariani Antonella, Infermiera - ASL Nord ovest Toscana - Territorio Valle del Serchio, Lucca

NOTE ORGANIZZATIVE

- Sono disponibili n. 40 posti
- Quota iscrizione: GRATUITA

(scheda d'iscrizione a pag. 37)



LO STILE COMUNICATIVO ECCELLENTE DEI PROFESSIONISTI DELLA SALUTE SECONDO L'ENNEAGRAMMA CORSO AVANZATO

34

corsi formazione ecm

Sede: Auditorium Polo Didattico e
Formativo ASL 2 Lucca - S.Maria a Colle

Data: 12-13 Ottobre 2016

Orario: dalle ore 8,30 alle ore 13,00
dalle ore 14,30 alle ore 18,30

Crediti ECM: in fase di accreditamento per
tutte le Professioni

Per l'iscrizione è obbligatorio:

telefonare al Collegio in orario di apertura per controllare la disponibilità del posto (non si accettano prenotazioni con messaggio in segreteria telefonica) – Tel. e Fax. 0583/419114 e cellulare TIM 334 7853928.

DOCENTI

Dott. Orlando Bassetti

Psicologo - psicoterapeuta e pedagista – formatore. Esperto in “Psicologia della salute”. Già docente di psicologia al Corso di Laurea Infermieristica dell’Ospedale San Raffaele di Milano e di competenza didattica al Corso di Laurea in Fisioterapia organizzato dall’Azienda Ospedaliera di Parma e dall’Università degli Studi di Parma; autore di numerosi libri, articoli, relazioni a congressi e pubblicazioni su temi della formazione psicopedagogica e didattica del personale sanitario. Già fondatore e responsabile CeF - Cultura e Formazione dal 1990 al 2008. Iscritto all’Ordine degli Psicologi Lombardia n. 147

Dott.ssa Renata Lesca

Consulente psicopedagogia. Già docente di metodologia presso l’Istituto “Toniolo” dell’Università Cattolica di Milano. Docente al Corso ECM: “La formazione della guida di tirocinio nel corso di laurea in fisioterapia” organizzato dall’Azienda Ospedaliera di Parma e dall’Università degli Studi di Parma. Autrice di numerose pubblicazioni in collaborazione con il prof. Orlando Bassetti.

ABSTRACT

L’Enneagramma favorisce la comprensione di sé in primo luogo e, secondariamente, la comprensione degli altri. La comprensione di sé e degli altri ed il relativo percorso di auto-cambiamento si riflettono positivamente anche sulla qualità delle relazioni professionali e delle comunicazioni in ambito sanitario.

La componente relazionale è talmente importante da qualificare, in gran parte, la stessa attività lavorativa. In molti ambienti, infatti, le relazioni professionali possono essere difficili e conflittuali oppure fluide e gratificanti; è evidente che tutto questo diventa ancor più decisivo quando si tratta di lavoro finalizzato al servizio di persone. Le relazioni si concretizzano nella comunicazione.

Il corso approfondisce, quindi, le caratteristiche della comunicazione dei diversi enneatipi e, in particolare, lo stile comunicativo eccellente, evidenziando, per ciascuno di essi, i punti deboli o trappole ed indicando le strategie del percorso del cambiamento migliorativo con se stessi e con gli altri.

OBIETTIVI FORMATIVI

Il corso si propone di:

- Prendere coscienza del proprio stile relazionale e comunicati
- Apprendere a costruire e gestire atteggiamenti comunicativi positivi ed efficaci
- Aiutare ad individuare le strategie migliorative a livello personale
- Migliorare le dinamiche di gruppo ed il lavoro in équipe.

PARTECIPANTI

n°30 - tutte le Professioni

PROGRAMMA PRIMA GIORNATA

- 8,30 : Registrazione dei partecipanti.
- 9.00: DALLA RELAZIONE ALLA COMUNICAZIONE
- 10.45: Pausa caffè
- 11.00: IL CENTRO DEL SENTIMENTO: profili, conseguenze, indicazioni pedagogiche
- 12.00: ATTIVITÀ IN PICCOLI GRUPPI : scheda didattica n.1
- 13.00: Pausa pranzo
- 14.30: ATTIVITÀ PRATICA : compilazione dei questionari
- 15.30: IL CENTRO DEL PENSIERO: profili, conseguenze, indicazioni pedagogiche
- 16.30: PRESENTAZIONE IN ASSEMBLEA DELL’ATTIVITÀ DI GRUPPO n.1
- 17.15: IL CENTRO DELL’AZIONE: profili, conseguenze, indicazioni pedagogiche
- 18.15: RIFLESSIONE CONCLUSIVA SULLA 1° GIORNATA

PROGRAMMA SECONDA GIORNATA

- 9.00: GLI STILI COMUNICATIVI: tipologia e caratteristiche
- 10.45: Pausa caffè
- 11.00: LA COMUNICAZIONE VERBALE E NON VERBALE DEL CENTRO DEL SENTIMENTO
- 12.00: ATTIVITÀ IN PICCOLI GRUPPI : scheda didattica n.2
- 13.00: Pausa pranzo
- 14.30: LA COMUNICAZIONE VERBALE E NON VERBALE DEL CENTRO DEL PENSIERO
- 15.30: PRESENTAZIONE IN ASSEMBLEA DELL’ATTIVITÀ DI GRUPPO n.2
- 16.00: LA COMUNICAZIONE VERBALE E NON VERBALE DEL CENTRO DELL’AZIONE
- 17.00: RIFLESSIONE sui temi della giornata
- 17.45: Verifica con questionario.
- 18,30: Conclusione del Corso

Scheda di iscrizione al Corso

LO STILE COMUNICATIVO ECCELLENTE DEI PROFESSIONISTI DELLA SALUTE SECONDO L'ENNEAGRAMMA - Corso avanzato 12 e 13 ottobre 2016

Auditorium Polo Didattico e Formativo ASL2 - S.Maria a Colle - Lucca

Cognome _____ Nome _____

Qualifica _____ Codice Fiscale _____

Abitazione _____

Luogo di lavoro _____

Iscr. al Collegio IPASVI (o altro Ordine prof.le) di _____ con il N. _____ di posizione

Recapiti telefonici: abit. _____ lavoro _____ cell. _____

data _____ firma _____



35

corsi formazione ecm



PROFESSIONE INFERMIERISTICA E ASSICURAZIONI SULLA RESPONSABILITÀ: UNO SGUARDO INDIPENDENTE

Guida alla comprensione, alla lettura critica e alla scelta di una polizza di responsabilità professionale

Sede: Auditorium Polo Didattico e Formativo ASL 2 Lucca - S.Maria a Colle

Data: 23 Novembre 2016

Orario: dalle ore 8,30 alle ore 13,00
dalle ore 14,30 alle ore 18,30

Crediti ECM: in fase di accreditamento per Infermieri, Infermieri Pediatrici, Assistenti Sanitari, Vigilatrici d'Infanzia

Per l'iscrizione è obbligatorio:

telefonare al Collegio in orario di apertura per controllare la disponibilità del posto (non si accettano prenotazioni con messaggio in segreteria telefonica) – Tel. e Fax. 0583/419114 e cellulare TIM 334 7853928.

DOCENTE

Luca Benci - Giurista

svolge attività di Consulenza e Docenza in materia di Diritto Sanitario, Responsabilità Professionale e Biodiritto presso Aziende USL e ospedaliere, Società di formazione, Università degli Studi, Associazioni, Collegi e Ordini.

DESTINATARI

Infermieri, Assistenti Sanitari, Infermieri Pediatrici e Vigilatrici d'Infanzia.

PARTECIPANTI

max n° 100 iscritti fino a esaurimento posti

OBIETTIVO

Approfondire, in modo critico, le tematiche dell'assicurazione professionale e della tutela legale declinandole sulla casistica professionale.

NOTE ORGANIZZATIVE: il corso è gratuito e riservato agli Iscritti del Collegio IPASVI di Lucca.

Durante il corso di formazione avrà luogo l'Assemblea annuale degli Iscritti.

PROGRAMMA

9,00: - La responsabilità professionale dopo l'approvazione della legge sulla responsabilità professionale

- Cosa significa risarcire un danno alla persona: concetti generali sul danno (biologico, morale, esistenziale) e sua evoluzione.

- L'evoluzione della responsabilità professionale in ambito penale e civile

10,00: - La copertura delle assicurazioni della struttura sanitaria.

- I contratti e le coperture previste dai contratti di lavoro.

- Le assicurazioni per i dipendenti e i dirigenti del Servizio sanitario nazionale, della sanità privata, del settore socio-sanitario e del terzo settore.

11,00: - Il contratto di assicurazione: le varie tipologie (Clams made e Loss occurrence)

- Gli elementi del contratto: premio, sinistro e massimale.

- Descrizione dell'attività professionale

- Il problema della franchigia

- Concetti di colpa lieve e colpa grave

- La "rivalsa" e il ruolo della Corte dei conti

- La copertura per la libera professione intramuraria

- Le regioni in autoassicurazione.

12,00: Dibattito guidato

13,00: Pausa pranzo

14,00: Le polizze di tutela legale

14,30: Analisi della casistica di responsabilità professionale che ha visto coinvolti professionisti sanitari.

15,00: Analisi critica delle varie polizze di responsabilità professionale più comunemente diffuse e loro confronto.

16,00: Le polizze di responsabilità patrimoniale

17,00: Effettuazione del test di verifica e chiusura del corso

Scheda di iscrizione al Corso
**PROFESSIONE INFERMIERISTICA E ASSICURAZIONI SULLA RESPONSABILITÀ:
 UNO SGUARDO INDIPENDENTE**
 23 novembre 2016

Auditorium Polo Didattico e Formativo ASL2 - S.Maria a Colle - Lucca

Cognome _____ Nome _____
 Qualifica _____ Codice Fiscale _____
 Abitazione _____
 Luogo di lavoro _____
 Iscr. al Collegio IPASVI (o altro Ordine prof.le) di _____ con il N. _____ di posizione
 Recapiti telefonici: abit. _____ lavoro _____ cell. _____
 data _____ firma _____

Scheda di iscrizione al Corso FAD
**COMUNITÀ DI PRATICA (CdP) su PRIMARY NURSING
 UN APPROCCIO RELAZIONALE FOCALIZZATO SUL PAZIENTE**
 Ottobre / Novembre 2016

Sala Riunioni - Collegio IPASVI, Via Viaccia I° - S. Anna - Lucca

Cognome _____ Nome _____
 Qualifica _____ Codice Fiscale _____
 Abitazione _____
 Luogo di lavoro _____
 Iscr. al Collegio IPASVI (o altro Ordine prof.le) di _____ con il N. _____ di posizione
 Recapiti telefonici: abit. _____ lavoro _____ cell. _____
 data _____ firma _____

La scheda di iscrizione sopra riportata è relativa al Corso ECM FAD descritto a pagina 33





IL GRILLO PARLANTE OVVERO LA VOCE DELLA COSCIENZA

Mi ha scritto la Signora T.B., una persona non addetta alla Sanità, raccontando un episodio recente, accadutole in Ospedale.

Mi spiace per le sue disavventure, Signora, e, per quello che posso, cercherò di darle qualche risposta.

Pubblico integralmente la sua lettera e spero che la Signora non me ne voglia se uso qualche maiuscola, neretti e corsivi per sottolineare le parti più pregnanti.

Buonasera, sono una signora single, ancora giovane, che vive da sola.

Avendo avuto modo di guardare il vostro Sito, molto interessante, ho pensato di raccontare a voi la mia storia, perché mi pare che possiate capirmi più di qualsiasi altra persona, essendo Infermieri.

Voglio fare una premessa. Fino a cinquant'anni sono stata sempre bene di salute e, a dir la verità, ho vissuto senza preoccuparmi troppo, non entrando in merito ai problemi sanitari, anche perché ho paura delle malattie.

Un mese fa, in seguito ad un forte dolore al fianco sinistro, **ho dovuto chiamare la Guardia Medica**. Era una domenica sera e mi rispose che non **sarebbe venuta**, se non **fra un'ora**, a quel punto chiamai il 118.

Capii che si trattava di Volontari che, prontamente, mi portarono al Pronto Soccorso del nuovo Ospedale S. Luca.

Dopo i primi trattamenti, i Sanitari mi somministrarono un antidolorifico ed io, finalmente, cominciai a star meglio.

Mi collocarono **su una barella** e li sentii dire che ero una **"paziente in destino"**.

Un po' stordita e poco lucida potei capire che per me non era disponibile un posto letto. A dir la verità non mi scomposi. **Per me era già un sollievo non avere dolore e non essere sola a casa**.

Rimasi tranquilla per tre-quattro ore sulla

mia barella, e, nel dormiveglia, vedevo un via vai di barelle con persone sopra che avevano lo stesso mio "destino".

Finalmente si trovò un posto letto anche per me. Nel frattempo *avevo avvisato i miei familiari che ero al Pronto Soccorso, spiegando, in modo naturale, che mi trovavo in "un sottoscala"*.

Vi potete immaginare il sobbalzo che sentii fare dall'altra parte del telefono **"Come? In un sottoscala?"**. Penso ai commenti dei miei familiari: "È diventata matta o sono matti al Pronto Soccorso!"

In realtà questa era la mia impressione: la camera, al piano terra, aveva una finestra, chiusa ermeticamente, da cui potevo vedere una scala in metallo, che, fra l'altro, lasciava appena intravedere le prime luci dell'alba.

Naturalmente i miei familiari accorsi per capire quale fosse la situazione, si tranquillizzarono quando mi videro senza dolore, in questa cameretta affacciata sulle scale di metallo.

Tutto andò bene fino a che, **in tarda mattinata**, vennero i Sanitari, un Medico e una Infermiera, avvisandomi che **ero in dimissione**.

Il terrore di ritornare a casa da sola e di poter avere nuovamente il dolore, la confusione che avevo in testa, tutto contribuì al **mio rifiuto netto della dimissione**, tanto che *dovettero intervenire i miei familiari per tranquillizzarmi e "intercedere" con i Sanitari, affinché, anche per quella notte, potessi rimanere in Ospedale*.

Detto fatto, un'Infermiera mi trasferì in una camera di fronte, a quattro posti letto, divisi da tende: uno di quei letti sarebbe stato il mio.

Non mi scomposi; di buon grado accettai questa nuova collocazione: *una camera promiscua, con la presenza di uomini e donne*, una vicina di letto marocchina (forse?) con una decina di familiari intorno che, senza esito, Medico e Infermiere tentavano di accompagnare fuori dalla stanza.



Mi addormentai tardi anche quella sera; dormii poco, con le finestre ermeticamente chiuse e affacciate su un cortile buio. *Nella stanza vi era un odore acre di sudore e di chiuso; ma fui tranquilla perché ero al sicuro in Ospedale*.

Dopo questa esperienza vorrei fare a voi alcune domande: *premessato che ho ricevuto una buona assistenza sanitaria, perché la Guardia Medica mi ha risposto che sarebbe venuta fra un'ora? E' possibile questo?*

Gli **Operatori del 118**, pur bravi, non devono essere dei **Professionisti invece che semplici Volontari** che non possono fare nulla se non accompagnarmi in Ospedale?

E' possibile che gli Operatori Sanitari debbano lavorare in un'organizzazione così caotica, dove mancano i posti letto, con la disposizione di mandare a casa i Pazienti senza guardarli in faccia e capire le loro paure?

Perché un Ospedale nuovo ha questi problemi di posto letto e le stanze di degenza sono piccole, buie, prive di aria e collocate in posti angusti?

Mi sembrava che i locali del Campo di Marte fossero migliori. Non mi sono mai occupata dei problemi dell'Ospedale della mia città ma vi garantisco che **questo nuovo Ospedale mi ha fatto proprio una pessima impressione**. Ho trovato anche *il Personale, pur bravo e competente, molto agitato e sempre in movimento, con poco tempo per ascoltare i Pazienti*.

Sono stata una Paziente difficile, lo capisco, ho infranto le disposizioni dell'Ospedale, ma **qualcuno poteva capire che io avevo paura e avevo bisogno di essere aiutata** a comprendere meglio la mia malattia, per ritornare a casa in grado di gestire i miei nuovi problemi?

Nell'emergenza mi sono sentita protetta, dopo no. lo chiedo delle risposte e vi ringrazio di avermi ascoltato.

T.B. una paziente (lettera firmata)

Questa è la risposta del Grillo Parlante:

La ringrazio nuovamente per il suo intervento che mi permette di chiarire alcuni problemi. Prendo una ad una le sue domande per darle una risposta.

- Perché la Guardia Medica mi ha risposto che sarebbe venuta fra un'ora? E' possibile questo?**
 - Purtroppo è possibile che contemporaneamente la Guardia Medica sia chiamata da un altro utente, magari anche lontano e non possa intervenire prontamente su un altro caso.
- Gli Operatori del 118, pur bravi, non devono essere dei Professionisti invece che semplici Volontari che non possono fare nulla se non accompagnarmi in Ospedale?**
 - Visto ciò che ha raccontato, il 118 doveva prevedere almeno la presenza di un Infermiere se non di un Medico.



IL GRILLO PARLANTE OVVERO LA VOCE DELLA COSCIENZA

40

segue dalle pagine precedenti

il grillo parlante

3. *E' possibile che gli Operatori Sanitari debbano lavorare in un'organizzazione così caotica, dove mancano i posti letto, con la disposizione di mandare a casa i Pazienti senza guardarli in faccia e capire le loro paure?*
 - L'Organizzazione sanitaria del nostro nuovo Ospedale S. Luca effettivamente presenta le criticità organizzative da lei segnalate. La questione del Pronto Soccorso è tutti i giorni sul giornale. Da quello che so, il **Pronto Soccorso dovrebbe essere riorganizzato per risolvere proprio le criticità da Lei segnalate.**
4. *Perché un Ospedale nuovo ha questi problemi di posto letto e le stanze di degenza sono piccole, buie, prive di aria e collocate in posti angusti?*
 - Purtroppo è stato costruito un Ospedale con pochi posti letto, prevedendo un'organizzazione della Sanità territoriale efficiente, in grado di dare risposte sanitarie ai Cittadini, senza gravare tutto sull'Ospedale. Ma questo non è stato fatto. Il Territorio non dà ancora quelle risposte sanitarie che potrebbero "alleggerire" l'Ospedale, diminuendo il numero di ricoveri. Per quanto riguarda le stanze, da un sopralluogo fatto, confermo quanto ha detto. Su questo è possibile far poco, se non spostare il Pronto Soccorso in altri locali e adibire quelle stanze a magazzini.
5. *Ho trovato anche il Personale, pur bravo e competente, molto agitato e sempre in movimento, con poco tempo per ascoltare i Pazienti. Sono stata una Paziente difficile, lo capisco, ho infranto le disposizioni dell'Ospedale, ma qualcuno poteva capire che io avevo paura e avevo bisogno di essere aiutata a compren-*

dere meglio la mia malattia, per ritornare a casa in grado di gestire i miei nuovi problemi?

- Ritengo che il **Personale Sanitario** deve essere preparato ad affrontare situazioni stressanti e Pazienti difficili, così come lei si definisce.

Certamente, però, **deve essere in numero adeguato e deve lavorare in un ambiente ben organizzato.**

In questo momento **so che il Personale è insufficiente e che è gravato di molte responsabilità**, tanto da non poterle assolvere tutte.

E' naturale che i Pazienti vedano i Sanitari "frettolosi e agitati" perché troppo oberati di lavoro.

Questo problema deve essere risolto dalla Direzione Sanitaria, struttura deputata al buon funzionamento dell'Ospedale.

In ultimo, **Le consiglio di telefonare al numero verde 800 - 869143**, segnalando quanto mi ha scritto.

Il Grillo Parlante



41

CORRELAZIONE TRA RESILIENZA E BENESSERE SOGGETTIVO NEGLI INFERMIERI



di Donatella Del Debbio

Il termine "Resilienza" viene usato in Fisica per indicare la capacità di un corpo di riconquistare la forma iniziale in seguito a forti sollecitazioni deformanti.

Il significato che danno gli informatici alla Resilienza è quello che più si avvicina alle scienze umane e cioè la capacità di un Sistema di continuare a svolgere la propria funzione nonostante le anomalie e di adattarsi alle condizioni d'uso.

In **Ingegneria** assume il significato di resistenza dinamica di fronte a grosse sollecitazioni; in **Economia** indica la capacità di far fronte a possibili difficoltà del sistema produttivo ed organizzativo di un'Azienda ed in **Biologia** la risposta di un tessuto danneggiato o di un organo ammalato di riprendere le proprie funzioni.

Le **Scienze Umane**, e in particolare la Psicologia, **utilizzano questo termine** per indicare la capacità che gli individui hanno di affrontare positivamente le difficoltà della vita, di resistere ad un trauma, di ripristinare e migliorare le condizioni precedenti, tramite un processo rigenerativo di sostanziale cambiamento. Pertanto, i termini riconducibili alla **Resilienza** sono quelli della **flessibilità, elasticità, rigenerabilità.**

Lo psichiatra Serge Tisseron (2003) utilizza la metafora dell'ostrica per spiegare la Resilienza: questo mollusco reagisce all'entrata delle impurità producendo la perla. La Resilienza rappresenta una ricchezza interiore. I dati di numerosi articoli scientifici indicano, inoltre, che quanto più elevate sono le competenze resilienti del Professionista, tanto più alto è il grado del loro benessere individuale e ciò viene confermato anche dai risultati di questo lavoro di ricerca.

I soggetti resilienti non solo possiedono le competenze per risalire la china delle difficoltà, ma riescono ad ipotizzare il loro futuro ridefinen-

do un progetto di vita e possiedono una grande capacità di soluzione di problemi personali e dell'intero gruppo in cui operano.

Ci sono individui che possiedono "competenze" endogene, non apprese attraverso l'esempio o l'aiuto tecnico, capaci di dare risposte positive a situazioni di disagio tanto da modificare con il proprio comportamento l'ambiente dove vivono.

Se ci atteniamo a questa impostazione, dobbiamo anche chiederci se la Resilienza è una dote dell'individuo, che qualcuno può possedere ed altri no, come il coraggio Manzoni, chi non ce l'ha non se lo può dare, oppure se è una competenza e come tale si può acquisire, incrementare, migliorare.

L'evidenza scientifica dimostra che la Resilienza può essere acquisita, come tutte le competenze, anche se a livelli differenti gli uni dagli altri e con risultati ovviamente diversi.

L'individuo deve, perciò, **sviluppare e coltivare la Resilienza** nel corso della vita: deve educarsi alla Resilienza evitando la fuga, per non affrontare gli eventi critici. **Educare alla Resilienza significa** anche **educare all'auto consapevolezza e all'empatia, per sviluppare l'intelligenza emotiva**, capacità indispensabile per sviluppare relazioni produttive e per prevenire il burn out negli ambienti lavorativi.

Il lavoratore resiliente è una persona ottimista, ha una buona autostima, **è consapevole** di avere un controllo sull'ambiente lavorativo e, ponendosi obiettivi significativi, **considera** il cambiamento come una crescita, evitando così di rimanere "intrapolato" dagli eventi stressanti del proprio ruolo professionale e raggiungendo la soddisfazione anche nell'ambito lavorativo.

È responsabilità delle Organizzazioni proteggere il benessere dei propri dipendenti e quindi valutare, ed eventualmente **implementare**, le competenze resilienti; è assolutamente una via da percorrere per la tutela del loro "well-being" (benessere).

resilienza e benessere soggettivo



CORRELAZIONE TRA RESILIENZA E BENESSERE SOGGETTIVO NEGLI INFERMIERI

42

di Donatella Del Debbio - continua dalle pagine precedenti

resilienza e benessere soggettivo

E' un nuovo modo di concepire le relazioni all'interno di un gruppo sociale, di un reparto, di un nucleo familiare, di una classe, ecc.

Chi si occupa, in modo professionale, di Resilienza, sa che **deve centrare** la sua attenzione non sui punti di debolezza o sulle carenze, ma sulle risorse e le opportunità che gli individui riescono a mettere in campo, per facilitare il cambiamento e mantenere il benessere individuale e dell'intero gruppo.

Negli ultimi anni è stato completamente abbandonato l'approccio dell'analisi del deficit, delle carenze che rimaneva fine a se stesso, per passare all'approccio della valorizzazione delle competenze; la diagnosi funzionale, infatti, si basa sull'analisi delle competenze che devono essere rafforzate per superare il deficit, la disfunzione, la devianza, i comportamenti disattivi.

Sin dalla sua costituzione, l'OMS ha definito la salute come *"stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non soltanto assenza di malattia o infermità"* (WHO, 1948). Purtroppo ancora oggi nell'accezione comune, ma anche da parte di molti Sanitari, si continua a considerare la salute come assenza di malattia.

Quando si considera la salute sui luoghi di lavoro, si continua a considerarne la parte negativa (assenza di malattia), si parla di prevenzione (della malattia) o di riparazione del danno. Perfino quando si studia o si valuta lo stato di salute dei lavoratori si tende a valutare la parte negativa.

Ciò accade anche quando si parla della salute mentale. Gli studi condotti sino ad oggi hanno valutato in prevalenza l'incidenza del "burn-out" nelle popolazioni infermieristiche e si sono valutate strategie per la prevenzione, ricercando la loro efficacia.

La promozione della salute, invece, mira ad aumentare il benessere dei singoli e della collettività. Negli ultimi quindici anni sono aumentati gli studi di *"psicologia positiva"* (Selig-

man, 2000). Anche in questo caso, il versante positivo mira a studiare il benessere e tutto ciò che si accompagna ad esso e che può determinarlo. Oggi i tempi sono maturi per andare oltre la logica della prevenzione del burn out per puntare al benessere.

La Resilienza è un fattore che promuove il benessere soggettivo negli Infermieri: si tratta di una caratteristica individuale che può essere aumentata. Alcune pratiche hanno dimostrato evidenza di efficacia nell'aumentare la Resilienza degli Infermieri. Tali pratiche potrebbero entrare sia nel percorso formativo accademico che nella formazione permanente dell'Infermiere, con l'obiettivo di promuovere la salute del personale infermieristico.

COME POTENZIARE QUINDI LE COMPETENZE RESILIENTI DEGLI INFERMIERI?

Uno dei più interessanti articoli scientifici che propongono strategie con un forte potenziale sulla promozione del benessere e la Resilienza ha come titolo *"Emotional resilience in the helping professions and how it can be enhanced"* degli autori Gant, L., & Kinman, G., (2014), Università del Bedfordshire, Regno Unito.

Le tecniche che implementano le competenze resilienti proposte in questo articolo sono:

- **La Pratica riflessiva**: si basa sull'osservazione critica del proprio operato ed incoraggia il Professionista a esplorare le dinamiche delle proprie reazioni emotive, dei possibili dubbi, degli eventuali pregiudizi e convinzioni e come questi possano influire sul proprio benessere e nel proprio modo di operare. Esercizi utili in tal senso sono la scrittura narrativa individuale ed in condivisione con Colleghi.
- **La Supervisione**: con il supporto di uno psicoterapeuta, il Professionista può riflettere in un ambiente protetto, circa il proprio modo di operare e può elaborare e discu-

tere sulle proprie reazioni emotive. Questa tecnica focalizza molto sul problem-solving e sul coping. Si possono costituire anche gruppi di supervisione in cui sentirsi aiutati nella difficoltà e riconosciuti nelle capacità.

- **Il Peer-coaching** (sostegno tra pari): permette di imparare da pari a pari con e dai membri del gruppo di lavoro. Vi è uno scambio di esperienze e di informazioni tra Colleghi che, operando insieme, in modo più efficace di come avrebbero fatto lavorando da soli, apprendono e si confrontano sulle eventuali problematiche da affrontare. Tutti sono alla pari, indipendentemente dal loro status nella vita o nel lavoro, ed ognuno apporta il proprio contributo di pari valore.
- **La Mindfulness** (o pratica all'autoconsapevolezza di sé): si definisce anche come la consapevolezza che emerge se prestiamo attenzione in modo intenzionale, nel momento presente e in modo non giudicante, al dispiegarsi dell'esperienza momento per momento. Si tratta di una pratica che unisce la meditazione orientale alle più attuali scoperte della psicologia occidentale e si basa anche su esercizi fisici quali ad esempio il controllo del ritmo respiratorio e gli esercizi per la corretta postura.
- **L'Apprendimento attraverso l'esperienza**: studi di casi, simulazioni e role playing, consentono una successiva analisi dei vissuti, delle dinamiche interpersonali, delle modalità di esercizio di specifici ruoli, e più in generale dei processi di comunicazione agiti nel contesto rappresentato. Sarà sempre più importante valutare i risultati di azioni messe in campo per aumentare il benessere soggettivo e sarà sempre più sentita l'esigenza di affinare gli strumenti di valutazione.

Sono auspicabili altri studi, magari multiculturici, per aumentare le conoscenze in questo ambito. Infine, è responsabilità delle Organizzazioni proteggere il benessere dei propri dipendenti ed ancora poco sappiamo su

quali debbano essere le caratteristiche di una Organizzazione Resiliente o sui modi con cui esse possano proteggere i propri lavoratori.

Le future ricerche dovrebbero indagare queste istanze ed i metodi con cui sviluppare, nei propri manager, la *"mentalità del prendersi cura"* del benessere del proprio staff se è vero che, come afferma nel 2002 la professoressa statunitense **Valda Upenieks**, docente di Management Infermieristico alla Chamberlain College of Nursing, descrivendo il ruolo del Dirigente: *"Il mio obiettivo personale è fornire agli Infermieri gli strumenti necessari per fare bene il loro lavoro. Io non curo i Pazienti, loro li curano. Il mio lavoro è prendermi cura di loro (gli Infermieri, ndr) in modo che loro possano prendersi cura dei Pazienti"*.



Infermiera Dott.ssa Donatella Del Debbio
Dottore Magistrale in Scienze Infermieristiche e Ostetriche
in servizio presso il CUP Gestionale della ASL 2 Lucca



43

resilienza e benessere soggettivo



QUALITÀ DI VITA NEI PAZIENTI CON UROSTOMIA O NEOVESCICA

di Elisa Gronchi

A causa dell'aumento della vita media e del miglioramento delle procedure diagnostico-terapeutiche, molte patologie urologiche hanno assunto il carattere della cronicità. Il cancro alla vescica rappresenta la seconda neoplasia più frequente a carico dell'apparato urinario e quando presenta i caratteri dell'invasività, richiede un trattamento chirurgico demolitivo, la cistectomia radicale, seguito da ricostruzione urinaria, continente o incontinente.

Questo è uno di quegli eventi che nella vita delle persone crea notevoli cambiamenti dal punto di vista fisico, psicologico, emotivo, sociale, funzionale.

Le capacità del Paziente di accettare la patologia, affrontare l'intervento, gestire la derivazione urinaria e mettere in atto strategie di adattamento, influenzano notevolmente la qualità della vita postoperatoria.

PERCHÉ QUESTA RICERCA

Nel mio studio ho deciso di affrontare l'argomento della qualità di vita (QdV) dei Pazienti con distinte derivazioni urinarie, in quanto il più delle volte il confezionamento di una stomia o la ricostruzione di vescica portano ad un cambiamento radicale nella vita di queste persone e delle loro famiglie che si trovano a dover riorganizzare la loro esistenza.

L'ansia, la paura e il senso di vergogna li porta ad avere una alterazione del loro ruolo sociale e dell'immagine che questi hanno di loro stessi, perdendo automaticamente autostima e sicurezza.

Il rapporto con il partner, con i figli e i familiari diventa complicato, almeno agli inizi, soprattutto perché c'è la paura da parte degli stomizzati che la stomia possa produrre particolari imbarazzi.

Ho deciso, quindi, di esplorare le dimensioni dove questi Pazienti si trovano particolarmente fragili attraverso uno studio descrittivo osservazionale di una serie di casi, confrontandoli tra loro. Inoltre, sul fronte della letteratura e della ricerca clinica ed infermieristica, è molto dibattuto solo il tema che riguarda le persone portatrici di una diversione urinaria esterna, mentre è poco conosciuta l'altra realtà.

La poca conoscenza su come può essere condotta la propria vita dopo un intervento

chirurgico di ricostruzione vescicale, è spesso dovuta ad una cattiva informazione da parte degli stessi Operatori sanitari, che sottovalutano o sono ignari di come possano essere lo stile e la qualità di vita per tali Pazienti.

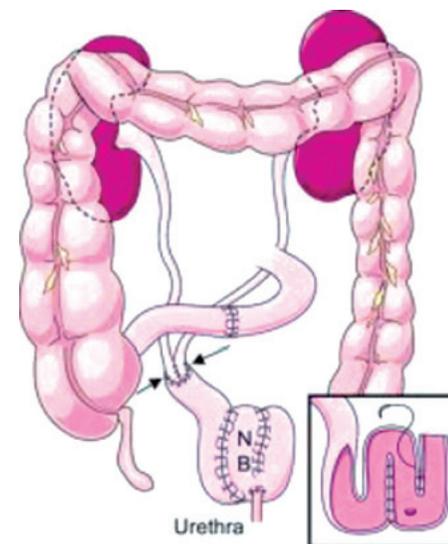
Per questo motivo, il l'articolo si pone l'obiettivo di indagare la qualità di vita percepita da persone con diversione urinaria interna ed esterna, ponendole a confronto sullo stesso piano al fine di conoscere quali sono gli aspetti positivi e negativi, in comune o contrapposti.

OBIETTIVO DELLA RICERCA

Molte sono le sfere interpersonali che possono influenzare la qualità di vita di questi Pazienti, che vedendo modificare inevitabilmente il loro corpo, vanno incontro ad alterazione della percezione di sé, a riduzione dell'autostima, a problemi relazionali e sessuali.

Per questi Pazienti è molto importante agire sulle diverse sfere valutando la loro qualità di vita attraverso l'utilizzo di più questionari utili per indagare ed esplorare la loro percezione della propria qualità di vita, col fine di attuare una pianificazione assistenziale di interventi atti a ottimizzare la loro qualità di vita, per cui la mia ricerca ha un duplice obiettivo: da una parte, indagare e rilevare la qualità di vita dei Pazienti con derivazione urinaria a distanza da almeno un anno dall'intervento

chirurgico, fino a determinare in quali ambiti il Paziente presenta o meno problemi, così da attuare una miglior presa in carico e quindi una pianificazione assistenziale da parte dell'équipe infermieristica; dall'altra, creare un questionario apposito per valutare la QdV (Qualità di Vita) nei Pazienti con neovescica, in quanto non esiste un simile test validato.



STRUTTURA DELLO STUDIO DI RICERCA

Si tratta di uno studio osservazionale, trasversale, della durata di un anno, per valutare e confrontare la QdV percepita dai Pazienti in una popolazione di soggetti con una diversione urinaria.

Popolazione: Pazienti portatori di urostomia o aventi confezionamento di vescica, a distanza di almeno un anno dall'intervento chirurgico, che si sono rivolti prevalentemente presso l'ambulatorio urologico dell'Ospedale Campo di Marte di Lucca. La loro età, maschi e femmine, è compresa tra i 45 anni e 90 anni.

Criteria di inclusione: Pazienti portatori di una derivazione urinaria da almeno un anno.

Criteria di esclusione: Pazienti portatori di una derivazione urinaria da meno di un anno; Pazienti diversamente abili costretti su sedia a rotelle o non autosufficienti (indipendentemente dal tipo di derivazione urinaria).

Campione: composto complessivamente da 40 soggetti divisi in due gruppi di 20, rispettivamente in portatori di derivazione urinaria esterna e portatori di derivazione urinaria interna.

Durata dello Studio: la somministrazione dei questionari e le interviste guidate sono stati reclutati presso l'Ambulatorio di Urologia dell'Ospedale Campo di Marte di Lucca, per circa tre mesi e successivamente è stato redatto lo studio per un periodo di circa un anno.

METODI E STRUMENTI PER LA RACCOLTA DATI

I questionari sono stati compilati presso l'Ambulatorio di Urologia dell'Ospedale Campo di Marte di Lucca. Quando, per motivi vari, i questionari non potevano essere compilati al momento sul posto, sono stati consegnati direttamente ai Pazienti che frequentano regolarmente il Centro, per poi restituirli completati alla visita successiva. Ci sono stati anche casi in cui le domande dei questionari o dell'intervista sono stati eseguiti nei Reparti di degenza ai Pazienti ai quali era già stato effettuato un intervento di creazione di derivazione urinaria da almeno un anno.

STRUMENTI

SF-36 (Short Form 36): questionario psicometrico generico, in quanto valuta il livello di attività, la sensazione di benessere del Paziente. Tale questionario è stato somministrato a entrambi i gruppi di campioni.

STOMA-QOL: (Stoma Quality of Life di Coloplast - Stoma-QoL) è un questionario semplice e validato da esperti che permette di misurare la qualità della vita nelle persone stomizzate e di identificare che cosa in loro crea ansia o preoccupazione.



QUALITÀ DI VITA NEI PAZIENTI CON UROSTOMIA O NEOVESCICA

46

di Elisa Gronchi- segue dalla pagina precedente

le patologie urologiche

INTERVISTA GUIDATA

Non esistendo ufficialmente un questionario che va ad indagare la qualità di vita nei Pazienti con confezionamento di vescica, per la mia ricerca ho deciso di invitare il Paziente ad accomodarsi in una stanza adiacente all'Ambulatorio dove era stato precedentemente visitato e da me assistito. Ho colto tale occasione per intervistare, con precise domande, ogni Paziente seguendo un filo logico conduttore riguardante i vari aspetti della riabilitazione pelvica, la continenza, educazione minzionale, dello svuotamento e dell'autolavaggio vescicale, l'alimentazione e le relazioni sociali.

Ho deciso di articolare anche domande riguardanti l'educazione che i Pazienti hanno avuto nel periodo post-operatorio, in quanto, alcuni disturbi di cui essi si lamentavano durante la visita, spesso erano correlati a cattive abitudini. Inoltre, con le domande inerenti l'educazione post-operatoria, viene anche valutato quanto il Paziente sia ben informato e, in base ai risultati ottenuti, l'Infermiere sarà tenuto a chiarire gli elementi che sembrano poco chiari al Paziente stesso.

CONSIDERAZIONI ETICHE

Il questionario è strutturato in modo da garantire l'anonimato, l'individualità e la riservatezza della compilazione ed è stato consegnato, ai Pazienti portatori di urostomia o neovescica da almeno un anno, previa richiesta di permesso Primario dell'Unità Operativa di Urologia dell'Ospedale di Lucca.

RISULTATI EMERSI DALLO STUDIO

Da questo studio di ricerca non si evidenziano particolari differenze tra i risultati dei due campioni. Infatti, si rilevano solo problemi legati alla specificità del tipo di diversione urinaria, ma non ci sono parametri determinanti che siano in grado di dimostrare una miglior qualità di una rispetto all'altra.

È possibile che la parità tra i risultati emersi derivi in parte dall'assenza di uno studio ran-

domizzato e controllato e, soprattutto, dall'inesistenza di uno strumento per la misurazione della qualità di vita rivolto esclusivamente ai Pazienti con derivazione urinaria (esterna e interna).

CONCLUSIONI

Seppur è stato esaminato un numero limitato di persone, da questo studio di ricerca si può concludere che non vi sono particolari differenze tra i due campioni in termini di qualità di vita. Infatti, i Pazienti sottoposti a derivazione incontinente non presentano maggiori difficoltà rispetto a quelli sottoposti a derivazione continente, anzi in generale si può dire che la qualità della vita è buona in tutti i Pazienti, indipendentemente dal tipo di derivazione urinaria cui sono stati sottoposti. Questo suggerisce una notevole capacità dei Pazienti di adattarsi a qualsiasi cambiamento sia loro richiesto. I problemi legati alla funzionalità urinaria e le disfunzioni sessuali sono un terreno comune a tutti i metodi di derivazione urinaria.



Questo risultato ci porta però ad alcune osservazioni.

La prima osservazione riguarda gli strumenti adottati per la valutazione della qualità di vita: manca uno strumento validato e universalmente utilizzabile per valutare la QdV nei Pazienti con derivazione urinaria.

Molti strumenti indagano solo le funzioni generali, ad esempio il SF-36 non esplora l'incontinenza o la disfunzione sessuale, oppure l'EORTC QLQ C-30 strumento specifico per il cancro, ma non per quello alla vescica in particolare.

Per misurare la QdV specificatamente per Pazienti con stomia, quindi anche urostomizzati, può essere adottato solo lo Stoma-Qol. Manca, invece, un mezzo esclusivo per misurare la qualità di vita nei Pazienti con neovescica. È evidente come ciò influenzi il grado di attendibilità degli studi e ne renda difficile il confronto.

La seconda osservazione è rivolta a quei casi in cui si è verificata la presenza di risposte discordanti con altre precedenti, in particolare modo quelle che appartengono al questionario SF-36. A tal proposito, credo che questo resoconto sia dovuto al poco tempo in cui i Pazienti sono stati sottoposti a tutta una serie di domande.

In conclusione possiamo affermare che da questo lungo e complesso studio di ricerca non emergono precisi risultati che siano in grado di stabilire quale derivazione urinaria comporti un miglioramento della qualità della vita per i Pazienti. Il risultato che ne deriva, perciò, non deve essere considerato come una definitiva affermazione di equivalenza tra le differenti metodologie di derivazione urinaria, bensì essere letto criticamente come il risultato di studi di non alta evidenza scientifica, con difetti metodologici, conseguenti in parte alla mancanza di uno specifico strumento universale atto a valutare la QdV in Pazienti sottoposti a derivazione urinaria a seguito di cistectomia radicale per tumore vescicale.



Elisa Gronchi
Infermiere di Famiglia libera professionista



47

le patologie urologiche





PEC OBBLIGATORIA PER GLI ISCRITTI
CAMPAGNA PEC SICURA

con riferimento all'articolo pubblicato a pag. 50 del n. 3-4 del 2015

posta certificata obbligatoria

Scheda per la richiesta al Collegio IPASVI di Lucca
dell'attivazione di una Casella di Posta Certificata (PEC)

Il / La sottoscritt___
Cognome _____ Nome _____
Qualifica _____ Cod. Fiscale _____
Residente in via _____
CAP _____ Città _____
Iscr. al Collegio IPASVI di Lucca con il N. _____ di posizione
Recapiti telefonici: abit. _____
lavoro _____
cell. _____

FA ESPRESSA RICHIESTA A CODESTO COLLEGIO IPASVI

DI ATTIVARE A SUO NOME UN INDIRIZZO DI POSTA CERTIFICATA, CONSAPEVOLE DEL COSTO ANNUO E DEL TACITO CONSENSO AL RINNOVO, A RISPETTARE LE SCADENZE DI PAGAMENTO CONOSCENDO I TERMINI E LE CONDIZIONI RIPORTATE DI SEGUITO.

TERMINI E CONDIZIONI PER L'ACQUISTO DI UNA CASELLA PEC DAL COLLEGIO IPASVI DI LUCCA

Il Collegio IPASVI di Lucca offre la possibilità di acquistare una casella PEC al costo di euro 8,00 l'anno; acquisto che dovrà essere rinnovato annualmente. Il costo annuo può essere soggetto a cambiamenti. L'eventuale disdetta della PEC attivata con il Collegio, deve pervenire alla nostra Segreteria entro e non oltre il 15 novembre dell'anno in corso per la disattivazione del servizio a partire dal 1 gennaio dell'anno successivo. Nel caso la Segreteria non ricevesse alcuna comunicazione vale il silenzio/assenso.

Sarà cura dell'iscritto, entro e non oltre il 30 gennaio dell'anno di rinnovo della PEC, saldare l'importo dovuto.

data _____ firma _____



QUESTIONARIO PER TUTTI GLI ISCRITTI
CON LAUREA MAGISTRALE IN SCIENZE INFERMIERISTICHE E OSTETRICHE

a cura di Sonia Remafedi

il questionario

La compilazione del Questionario ha come obiettivo primario quello di rilevare informazioni sullo stato occupazionale degli Infermieri della provincia di Lucca in possesso della Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche e Ostetriche.

INFERMIERI PROFESSIONALI
ASSISTENTI SANITARI
VIGILATRICI D'INFANZIA



Collegio Provinciale di Lucca Via Viaccia 1 n°140 S. Anna- 55100 - LUCCA
Tel. e Fax 0583/419114

ANAGRAFE ISCRITTI CON TITOLO LAUREA MAGISTRALE
IN SCIENZE INFERMIERISTICHE ED OSTETRICHE

1) SCHEDA ANAGRAFICA

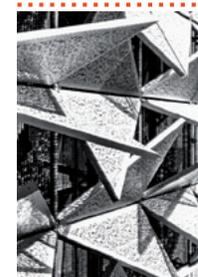
Cognome _____ Nome _____
Luogo _____ data di nascita _____
Via _____ n. _____, loc. _____
CAP _____ Comune di _____
ISCRIZIONE Collegio IPASVI di Lucca N° _____
Recapiti telefonici: casa _____ cell. _____

2) FORMAZIONE PROFESSIONALE

Titolo di studio professionale _____
Laurea Magistrale in _____
Altri titoli post-base _____

3) AMBITO LAVORATIVO

Dipendente Asl n. _____ dalla data _____
 Altro (specificare) _____ dalla data _____





QUESTIONARIO PER TUTTI GLI ISCRITTI
CON LAUREA MAGISTRALE IN SCIENZE INFERMIERISTICHE E OSTETRICHE

a cura di Sonia Remafedi - continua dalla pagina precedente

il questionario

4) QUALIFICA

- Dirigente Inf.co; Coordinatore Inf.co Collaboratore Inf.co Titolare d'incarico di P.O.
- Direzione di struttura semplice Direzione di struttura complessa

5) SETTORE LAVORATIVO

Documenti inviati al Collegio:

- Autocertificazione Titolo accademico Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche e Ostetriche
- Fotocopia del documento d'identità
- Altro (specificare) _____

Data _____ firma _____

AUTORIZZAZIONE DIFFUSIONE DATI

Il/la sottoscritto/a:

Qualifica _____ Cognome _____ Nome _____

Indirizzo abitazione. _____

Recapiti telefonici: abitazione. _____ lavoro _____

cell. _____

AUTORIZZA

Il Collegio IPASVI di Lucca a diffondere i propri dati personali e professionali, ai fini di partecipare come delegato di questo Collegio IPASVI di Lucca a Commissioni/incontri *per la cui partecipazione è previsto il Titolo Accademico di Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche e Ostetriche*

Data _____ Firma (leggibile) _____

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA e
DI CERTIFICAZIONE DELL'ATTO DI NOTORIETA'**
(Artt. 46 e 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 s.m. i.)

Il/la sottoscritto/a _____
(cognome e nome)

nato a _____ (_____) il _____
(luogo) (prov.)

residente a _____ (_____) in Via _____ n. _____
(luogo) (prov.) (indirizzo)

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000

DICHIARA
di aver conseguito i seguenti titoli di studio professionale

.....
.....
.....

che i titoli di studio sopracitati sono conformi agli originali in mio possesso ovvero depositati presso il mio domicilio o indirizzo completo della struttura

.....
.....
.....

Dichiara di essere informato, ai sensi e per gli effetti del Decreto Legislativo 196/03 ss.mm.ii. "Codice in materia di protezione dei dati personali", che il trattamento dei dati personali raccolti è finalizzato allo svolgimento della procedura per il quale la presente dichiarazione viene resa

.....
(luogo, data)

Il Dichiarante

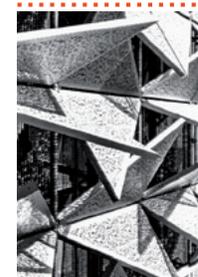
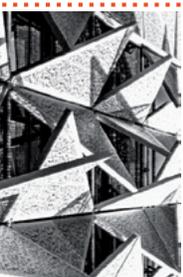
.....

N.B. I moduli del Questionario sono pubblicati anche sul sito Istituzionale www.ipasvi.lucca.it

Dott.ssa Sonia Remafedi
Consigliere Collegio IPASVI Lucca



il questionario



ORIENTAMENTO LEGALE

Il Collegio è in grado di offrire agli Iscritti Orientamenti Legali inerenti la Professione. Se la Presidenza lo ritiene necessario, è possibile consultare il legale del Collegio **Prof. Dott. Luca Benci**, su appuntamento con il **Presidente Dott.ssa Maria Cristina Orsi**. Per informazioni rivolgersi alla Segreteria del Collegio nei giorni di apertura.

ORIENTAMENTO LIBERA PROFESSIONE

Gli Infermieri che intendono svolgere la Libera Professione possono rivolgersi al Collegio per consulenza, indirizzo, informazioni. **Referente** per la Libera Professione è il consigliere **Gabriele Ciucci**.

Chi è interessato può rivolgersi alla Segreteria del Collegio nei giorni di apertura.

ASSICURAZIONE

Dal **15 agosto 2014** c'è l'**obbligatorietà assicurativa per i Professionisti Sanitari** in osservanza alla **Legge n. 148 del 14/09/2011**. **La Federazione Nazionale Collegi sta predisponendo** quanto necessario per la realizzazione di una **gara assicurativa** (ex D.L. n.138/2011) **finalizzata a definire le "condizioni generali delle polizze assicurative" che**, nel rispetto del D.L. n. 158/2012, **forniscano la miglior risposta all'obbligatorietà assicurativa**.

CONSULENZA FORMAZIONE AVANZATA

Il Collegio è in grado di offrire agli Iscritti dei pareri circa la validità e la qualità delle offerte formative presenti sul mercato, verificando assieme agli interessati, i curricula dei percorsi formativi dei Master di 1° Livello, della Laurea Specialistica, dei Master di 2° Livello, e della Formazione Continua ECM.

Offre, inoltre, assistenza tecnica per accedere ai siti universitari, selezionando le offerte formative, le modalità di accesso, la modulistica di iscrizione, i test di ammissione degli anni precedenti e la pianificazione di interventi formativi per la preparazione ai test universitari di ammissione.

Per informazioni e appuntamenti rivolgersi alla Segreteria del Collegio nei giorni di apertura.

ORIENTAMENTO INFERMIERI COMUNITARI ED EXTRA COMUNITARI

Il Consiglio direttivo è in grado di fornire assistenza agli Infermieri stranieri (comunitari ed extra comunitari) iscritti al Collegio di Lucca. Per informazioni ed eventuali appuntamenti, rivolgersi alla Segreteria del Collegio nei giorni di apertura.

CAMBIO LA MIA ASL CON LA TUA

Gli interessati possono chiedere questo servizio, attenendosi alle seguenti modalità: **indicare cognome e nome, specificando il ruolo, numeri telefonici (lavoro, casa, cellulare), ASL di appartenenza, ASL per la quale si richiede il cambio, firma leggibile**. I dati inviati sono soggetti alla legge sulla privacy: saranno pubblicate solo le iniziali ed il numero telefonico del richiedente.

Infermiere P.L. 3406920032 dalla ex ASL 12 Viareggio alla ex ASL 2 Lucca.

Infermiere M. I. 393 1578103 Infermiera giornera; dalla AOU Pisana alla ASL 2 Lucca.

Infermiere L. M. 339 3228302 Infermiera turista; dalla ASL 5 Pisa alla ASL 2 Lucca.

Infermiere D. G. 347 5521465 dalla ASL 4 Prato alla ASL 2 Lucca, o alla ASL 12 Viareggio, o alla AOU Pisana, o al Presidio Ospedaliero di Pontedera.

Infermiere E. V. 338 4986894 dal Presidio S. Giovanni di Dio ASL 10 Firenze alla ASL 2 Lucca

La nostra Segreteria è in grado di offrirti innumerevoli servizi di consulenza**COMUNICAZIONE / STUDI / RICERCHE: RIVISTA, SITO DEL COLLEGIO E PUNTO WEB**

Consiglieri referenti:

Anna Michelotti (responsabile), Marianna Perilli, Sauro Franceschini, Ilaria Cattalini.

BIBLIOTECA ED EMEROTECA

E' possibile fruire del Servizio di Biblioteca ed Emeroteca su appuntamento, con le seguenti modalità:

1. La consultazione dei testi deve essere concordata previo appuntamento con i Consiglieri Referenti, orario e data da definire.
2. E' possibile effettuare n. 10 pagine di fotocopie per ogni testo consultato, contribuendo con la cifra di euro 0,05 per ciascuna fotocopia.

Per informazioni rivolgersi alla Segreteria del Collegio, nei giorni di apertura.

SITO WEB DEL COLLEGIO

Se vuoi conoscere i corsi di aggiornamento organizzati dal Collegio, puoi collegarti a www.ipasvi.lucca.it ove troverai i programmi completi ed altre cose interessanti.

VUOI SCRIVERE SULLA NOSTRA RIVISTA?

Hai avuto esperienze professionali interessanti? Mandaci un articolo da pubblicare!

Puoi inviare il materiale al Collegio all'indirizzo e-mail: redazione@ipasvi.lucca.it, indicando chiaramente nome, cognome e recapito telefonico e un breve curriculum. I lavori non saranno restituiti. L'invio del materiale comporta l'espressa autorizzazione alla pubblicazione sugli organi del Collegio IPASVI di Lucca; la Redazione si riserva di selezionare i testi ritenuti idonei e di apportare eventuali modifiche che saranno comunque concordate con l'Autore. Le opinioni eventualmente espresse sono sotto la responsabilità degli Autori del testo.

VARIAZIONI DELL'INDIRIZZO

La variazione deve essere tempestivamente comunicata alla Segreteria del Collegio. E' sufficiente l'autocertificazione ove si dichiara il nuovo indirizzo ed il recapito telefonico.

CANCELLAZIONE DALL'ALBO

La cancellazione dall'Albo è possibile per l'avvenuta cessazione dell'attività professionale, oltre che in caso di decesso. La procedura è la seguente: inoltrare D.: in cartabollata da euro 16 (fac-simile disponibile in Segreteria), allegare fotocopia della ricevuta di pagamento della quota dell'anno in corso, allegare fotocopia del libretto di pensione o dello stato di servizio attestante altra qualifica. Quanto sopra deve essere inoltrato al Collegio entro e non oltre il mese di Settembre. La cancellazione avrà decorrenza dal 1° Gennaio dell'anno successivo.

TESSERA DI RICONOSCIMENTO

La tessera di iscrizione al Collegio è un documento di riconoscimento ufficiale ed in caso di smarrimento deve essere fatta la denuncia ai Carabinieri. Presentando copia della denuncia e due fotografie formato tessera, la Segreteria rilascerà il duplicato della tessera.

RICHIESTA CERTIFICATI

I certificati di iscrizione all'Albo possono essere richiesti per telefono direttamente all'operatore e saranno consegnati la settimana successiva alla richiesta. Non si accettano messaggi lasciati sulla segreteria telefonica.

CARATTERISTICHE TECNICHE

degli articoli da inviare al Collegio in formato elettronico redatto su Microsoft Word o simile (Open Office, Star Office, Lotus, ecc.).
Margini pagina cm: **sx 2,5 / dx 2,0 / sup 2,0 / inf 2,0**
Carattere: **Times (Times New Roman)**
Dimensione carattere: **12 punti**
Interlinea: **singola**

Indicativamente un foglio compilato con queste caratteristiche corrisponde ad una pagina della rivista. Le uniche signature utili sono i **grassetto** e i **corsivi** che saranno rispettati. Evitare coloriture dei caratteri e/o dei fondi che non saranno riportati. **Accompagnare il file di testo con i file delle immagini eventualmente inserite.**



focus infermiere
fi

SEGRETERIA DEL COLLEGIO

via Viaccia I, n.140 - S. ANNA
55100 LUCCA

per contatti telefonici:

Lunedì e Giovedì ore 10 - 12

sportello aperto al pubblico:

Mercoledì ore 8,30 - 12,30

Giovedì ore 15,30 - 18,30

tel. + fax **0583 419114**

cell. TIM **334 7853928**

sito web **www.ipasvi.lucca.it**

e-mail:

info@ipasvi.lucca.it

segreteria@ipasvi.lucca.it

redazione@ipasvi.lucca.it

presidenza@ipasvi.lucca.it

amministrazione@ipasvi.lucca.it

ipasvilu@tin.it

*per informazioni, quesiti e richieste di
appuntamento utilizzare l'indirizzo di
posta elettronica*

info@ipasvi.lucca.it

ATTENZIONE:

è stata disattivata la casella di posta
elettronica lucca@ipasvi.it