

m infermiere oggi

sped. abb. postale 45% Art2 - comma 20/b - Legge 662/96 - Roma



periodico di idee, informazione e cultura del Collegio Ipasvi di Roma

aprile - giugno 2002

infermiere **oggi**

Organo Ufficiale di Stampa
del Collegio IPASVI di Roma

Direzione - Redazione - Amministrazione
Via Principe Eugenio, 90 - 00185 ROMA
Tel. 70475269 - Fax 70451214

DIRETTORE RESPONSABILE
Gennaro Rocco

SEGRETERIA DI REDAZIONE
**Nicola Barbato, Stefano Casciato, Mario Esposito,
Matilde Napolano, Carlo Turci**

COMITATO DI REDAZIONE
Pasqua Calaresu, Bertilla Cipolloni, Rodolfo Cotichini, Maria
Teresa Dini, Maria Grazia Montalbano, Maria Vittoria Pepe,
Francesca Premoselli, Maria Grazia Proietti, Ausilia M.L.
Pulimeno, Norma Toniolli.

Rivista trimestrale aprile/giugno 2002
Spediz. in abbon. postale - 45% - Art. 2, comma 20/b,
legge n. 6621/1996 - Filiale di Roma.
Autorizzazione del Tribunale di Roma n. 90
del 09/02/1990

FOTO: MARIO ESPOSITO

STAMPA: GEMMAGRAF snc
00193 Roma - Lungotevere Prati, 16
Tel. 06 687.98.67 - Fax 06 687.52.70
e-mail: gemmagraf@uni.net



ASSOCIATO
ALL'UNIONE
STAMPA
PERIODICA
ITALIANA

Finito di stampare: Dicembre 2002

Tiratura: 23.000 copie

"Infermiere Oggi" pubblica articoli inediti di interesse infermieristico, previa approvazione del Comitato di Redazione. L'articolo è sotto la responsabilità dell'Autore o degli Autori, che devono dichiarare: nome, cognome, qualifica professionale, ente di appartenenza, recapito postale e telefonico. Il contenuto non riflette necessariamente le opinioni del Comitato di Redazione e dei Consigli Direttivi.

Quando il contenuto esprime o può coinvolgere la responsabilità di un Ente, o quando gli Autori parlano a suo nome, dovrà essere fornita anche l'autorizzazione dei rispettivi responsabili.

Il testo deve essere il più conciso possibile, compatibilmente con la chiarezza di esposizione. Le bozze verranno corrette in redazione. I lavori non richiesti e non pubblicati non verranno restituiti.

Le citazioni bibliografiche devono essere strettamente pertinenti e riferirsi a tutti gli Autori citati nel testo. Le citazioni da periodici devono comprendere: il cognome e l'iniziale del nome dell'Autore o dei primi due Autori, nel caso di più di due Autori, verrà indicato il nome del primo, seguito da "et al."; il titolo originale dell'articolo, il titolo del periodico; l'anno di pubblicazione, il numero del volume, il numero della pagina iniziale.

Le citazioni di libri comprendono: il cognome e l'iniziale del nome degli Autori, il titolo del libro (eventualmente il numero del volume e della pagina, se la citazione si riferisce ad un passo particolare), l'editore, il luogo e l'anno di pubblicazione. Gli Autori che desiderano la riserva di un certo numero di copie del numero contenente il loro articolo, devono farne richiesta esplicita al momento dell'invio del testo.

Tutto il materiale deve essere spedito o recapitato al Collegio IPASVI di Roma, Via Principe Eugenio, 90-00185 Roma.

Rubriche

1 EDITORIALE

Artefice del nostro destino

4 Protocollo operativo per
infermieri nell'U.O.C.
di emodinamica

6 In linea diretta con il Presidente

22 Insetto
Il Collegio in campo

27 Infermieri senza frontiere

30 Chi siamo oggi?

32 Dai principi all'azione quotidiana

34 Una crescita lunga dieci anni

38 Un confronto per misurare
la crescita

42 Le ultime conquiste
in campo legislativo

44 Ecco la rotta per una
sanità nuova

47 Il nursing deducibile

52 La cartella infermieristica (C.I.)
nella terapia intensiva
Cardiochirurgia del Policlinico
Universitario "A. Gemelli" di Roma

61 L'angolo dei media

Artefici del nostro destino

di Gennaro Rocco

Una lotta perenne per ottenere ciò che ci spetta. Il destino degli infermieri è questo, un po' beffardo. Battersi senza sosta per conquistare nuovi e dovuti traguardi è divenuta ormai la routine. Brutto a dirsi, certo, ma tant'è. In una congiuntura tanto sfavorevole per la sanità nazionale, come pure per altri settori della vita sociale, nulla è scontato. Non lo è sicuramente la crescita di una figura professionale come la nostra che deve battersi fino in fondo per vedersi riconoscere le prerogative che pure coglie sul campo, ogni giorno, sotto gli occhi di tutti e alla luce del sole.

Un destino faticoso, insomma, che segna da sempre la professione infermieristica e che tuttavia porta con sé qualche elemento positivo: ci ha allenati a combattere, ha affinato le nostre armi, ha generato una competenza che oggi può imporsi sulla scena sanitaria italiana e che rende più che mai riconoscibile e peculiare la nostra figura.

Sudando ben più delle proverbiali sette camicie, siamo riusciti a cogliere negli ultimi anni frutti importanti. E al contempo a seminare per il futuro, decisi a battaglia ancora. Sentiamo di aver fatto ciò che dovevamo e sappiamo cosa vogliamo ancora. Se in troppi luoghi di lavoro la nostra condizione è ancora ben diversa da quella che recla-

miamo, è vero anche che la sanità, e le altre professioni sanitarie devono prenderne atto, riconosce oggi gli infermieri come professionisti della salute autonomi, autorevoli e insostituibili. La nostra figura è finalmente una realtà incontestabile sotto il profilo formativo, dello status giuridico e dell'autonomia.

Dopo aver mandato in soffitta la figura dell'infermiere paramedico e il mansionario, dopo aver conquistato la laurea e la dirigenza, abbiamo ora un nuovo e più adeguato profilo professionale. Siamo i protagonisti dell'assistenza, ma anche della nostra formazione e dell'organizzazione del lavoro. Un nuovo quadro normativo, inseguito da tempo, si è concretizzato nell'ultimo triennio. La laurea specialistica, l'equipollenza dei titoli per accedere all'università, il riconoscimento formale della dirigenza e della qualifica unica di dirigente del ruolo sanitario, la carenza di infermieri che genera una legge sull'emergenza e consente di svolgere l'attività libero-professionale all'interno delle strutture dell'amministrazione per cui lavoriamo attraverso prestazioni aggiuntive. E poi la figura dell'operatore socio-sanitario che opererà sotto lo stretto controllo del responsabile dell'assistenza infermieristica, la nuova formazione complementare e il ricono-

scimento ai fini della carriera dei master e degli altri corsi post base, sulla scia di quanto accade nei Paesi a sanità più avanzata.

E il nostro orgoglio professionale cresce nel constatare che i nuovi traguardi raggiunti sono il frutto dell'impegno degli infermieri e di nessun altro, della caparbia che hanno dimostrato sul campo, della forza con cui hanno respinto gli attacchi di altre professioni, della coerenza nel non perdere mai di vista i bisogni della persona malata. Una crescita che, francamente, spicca nel panorama nazionale delle professioni sanitarie e non solo di queste.

Ma tutto ciò non ci basta. Troppi sono i fronti di lotta ancora aperti che chiamano gli infermieri a uno sforzo ulteriore. E, come sempre, rispondiamo: presenti!

Siamo pronti, ad esempio, a misurarci con tutte le nostre forze sull'istituzione dell'operatore socio sanitario (l'OSS). Salutiamo la novità positivamente, considerandola una potenziale opportunità per gli infermieri. Gli OSS dovranno essere utilizzati adeguatamente, anche per sgravare gli infermieri da una serie di mansioni che oggi questi svolgono impropriamente. Attenzione però: vigileremo affinché il principio sancito per legge sia tradotto correttamente in realtà operativa e non consentiremo che si vada oltre. Sul fatto che l'operatore socio-sanitario svolga la sua attività conformemente alle direttive del responsabile dell'assistenza infermieristica od ostetrica e sotto la sua supervisione non faremo sconti di sorta.

Come pure non possiamo più tollerare che a una crescita professionale così marcata non corrisponda ancora un adeguato riconoscimento economico. Se oggi all'infermiere si chiede di recitare il ruolo di protagonista dell'assistenza, di assumersi nuove responsabilità, di elevare fino al massimo livello il suo percorso formativo, di coordinare il

lavoro di altre figure professionali, beh... non si pretenda che le retribuzioni restino quelle di un tempo. E' chiaro che il Collegio, nella sua qualità di organo istituzionale rappresentativo della professione infermieristica, non può e non deve trattare il contratto di categoria. E' un compito, questo, che spetta ad altri. Ma l'assenza di un ruolo specifico in questo campo non ci impedisce di batterci con ogni energia per il rispetto del dettato della Legge 1/2002 che sancisce la valorizzazione dei master e dei corsi post base ai fini della carriera anche sotto l'aspetto economico.

Quindi la grande battaglia che ci attende sull'Ecm, una lotta che deve vederci uniti e compatti, determinati e consapevoli del nostro ruolo. Il Programma Ecm è ormai partito. Bene, ne siamo contenti. La sfida rappresentata dall'aggiornamento continuo è per noi stimolante e la raccogliamo volentieri. Non la viviamo come un'imposizione ma piuttosto come un'ulteriore opportunità di crescita.

Tocca però al Servizio Sanitario Nazionale muoversi correttamente. Non possiamo accettare come un dato di fatto che siano gli infermieri stessi a sobbarcarsi i costi dell'aggiornamento. A questo devono provvedere le Regioni e lo stesso SSN attraverso lo stanziamento di risorse adeguate per lo svolgimento dei corsi. E le Aziende sanitarie e ospedaliere devono fare altrettanto, varando subito i Piani Formativi Aziendali in ottemperanza al principio che spetta proprio a queste attivare i corsi per i dipendenti. Insomma, la possibilità di ottenere crediti formativi deve essere gratuita per gli infermieri.

Su questo punto siamo pronti a lottare, nella convinzione che un sistema di accreditamento Ecm siffatto può generare solo vantaggi per tutti, per gli infermieri ma anche per i cittadini e per le stesse Aziende sanitarie. Il Collegio ha già attivato un'azione di "pressing" sui direttori generali delle Asl di Roma

e della provincia, sollecitando il varo dei rispettivi Piani Formativi Aziendali.

In ogni caso, l'intervento del Collegio, pur fondamentale, non può bastare. Serve allo scopo la collaborazione di tutti noi, ognuno per le sue attribuzioni, nell'attività di ogni giorno e sul proprio luogo di lavoro. L'azione individuale ma univoca di tutti gli infermieri può scardinare le resistenze forti che ancora si oppongono al decollo definitivo della nostra professione. Lo abbiamo fatto in altre occasioni e riusciremo nell'intento anche stavolta, forti di un ruolo professionale unico che ci vede al fianco dei destinatari finali del bene pubblico chiamato salute: i cittadini.

Gennaro Rocco

in pillole

Aids, la nuova via

Un passo avanti decisivo nella lotta all'Aids. Ritengono di averlo compiuto i ricercatori della Thomas Jefferson University di Philadelphia. Qui gli studi più recenti hanno evidenziato la funzione inibitrice del gene denominato CEM-15 sul virus HIV. Tale gene si è infatti dimostrato in grado di rallentare la forza infettiva. Gli effetti del CEM-15 vengono però annullati dalla presenza della proteina VIF che dunque permette la replicazione virale. La VIF, prodotta dal virus stesso, potrebbe perciò divenire il nuovo bersaglio contro cui sviluppare farmaci per il trattamento dell'HIV. L'esistenza della VIF era nota fin dagli anni '80, ma il problema era quello di capire su quale fattore questa agisse consentendo al virus di replicarsi. Ora la scoperta del gene CEM-15 ha risolto il mistero. Inibire la produzione della VIF o impedirle di inibire a sua volta la proteina CEM-15 equivarrebbe a produrre un efficace farmaco antivirale.

IV Corso Nazionale di Aggiornamento per Infermieri in Chirurgia Ambulatoriale e Day Surgery

Isola d'Elba, 11 - 14 Maggio 2003

Per informazioni: Marco Pietri Boscolo

Incentive & Convention S.p.a.

Via Manzoni, 46 - 20121 Mi

Tel: 02 76451515 - e-mail: marco.pietri@boscolo.com

PROTOCOLLO OPERATIVO PER INFERMIERI NELL'U.O.C. DI EMODINAMICA

L'infermiere del secondo millennio nel processo di aziendalizzazione e le procedure interventistiche dell'U.O.C. di emodinamica, il caso dell'Azienda Complesso Ospedaliero San Filippo Neri di Roma

D.A.I. Pietro Del Grosso*

Nell'ultimo decennio la professione infermieristica ha subito modifiche ed innovazione di carattere storico, determinate da una improvvisa accelerazione degli aspetti normativi che hanno cercato di porre riparo a decenni di completo immobilismo.

La Federazione Nazionale dei Collegi ed i vari Collegi Provinciali hanno fortemente contribuito alla creazione di una coscienza professionale che fosse al passo con le esigenze della Sanità Italiana e dell'evoluzione del Sistema Sanitario Nazionale, tendente alla creazione di Aziende, ossia di sistemi organizzativi in cui, così come definito dall'economia aziendale, le attività umane vengono svolte attraverso forme istituzionali organizzate, prevedendo regole consolidate, codificate e comportamenti unanimemente accettati.

Tale spinta verso un nuovo modo di gestire, ha fatto sì che sempre più spesso, ed ormai in modo usuale, in sanità venga utilizzato il termine di aziendalizzazione, che nella sua definizione raccoglie tutto il senso di come tutte le professionalità che operano all'interno di tale sistema debbano riorientare i propri comportamenti in linea con gli obiettivi e le strategie dell'Azienda al fine di raggiungere livelli di efficienza ed efficacia delle prestazioni erogate.

Al fine di favorire una diffusa comprensione del processo in atto, è bene ricordare la definizione di Aziendalizzazione, con cui si intende la creazione di un sistema di regole il cui risultato, in termini economici, di legittimazione sociale etc, dipende,

in maggior misura, dalla capacità dei singoli e dell'azienda di orientare le proprie risorse verso determinati obiettivi.

L'Azienda, propria per le finalità che si prefigge, deve avere delle caratteristiche distintive come l'autonomia, l'economicità e l'unitarietà, che ne connota la reale esistenza

L'azienda pubblica deve poter operare in modo tale da determinare i propri risultati, atti a sviluppare tutte le azioni idonee al raggiungimento delle finalità assegnate, ed all'equilibrio economico – finanziario, attraverso un equilibrio dinamico nel tempo tra la quantità delle risorse impiegate nei processi e le attività, servizi e funzioni.

L'economicità delle Aziende Sanitarie deve essere vista come una condizione non di mero risparmio di utilizzo delle risorse a disposizione, siano esse strutturali, umane o tecnologiche, ma come condizione di funzionamento dell'azienda, che consenta il raggiungimento delle proprie finalità.

L'unitarietà deve essere considerata un indicatore in grado di valutare la cultura aziendale, la sua evoluzione organizzativa e gestionale, attraverso la quale si pongono le condizioni che permettano verifiche sulla capacità collaborativa, integrazione organizzativa, ruoli sinergici ed orientati etc; l'unitarietà pertanto è una condizione per rafforzare e consolidare l'autonomia e l'economicità aziendale.

Alla luce di tale caratteristiche, la professione infermieristica si trova attraverso le proprie conoscenze, com-

petenze e professionalità, a dare un concreto contributo al raggiungimento degli obiettivi che le aziende sanitarie si prefiggono, in termini di prestazioni e recupero della salute dei cittadini.

Il profilo professionale dell'infermiere, dell'ormai noto DM 739/94, pone in maniera univoca il rilevante ruolo che l'infermiere ha nei confronti della gestione della salute della persona sana e malata, ruolo che può espletare in completa autonomia o in collaborazione con altre professionalità, e che ha assunto un maggior valore con l'avvento della Legge 42/99, ovvero con la definitiva abrogazione del DPR 225/74, il mansionario dell'infermiere.

Inizia realmente la così detta stagione della responsabilità, stagione in cui l'infermiere si trova a doversi confrontare con attività che non avendo più un riferimento legislativo necessitano della creazione di strumenti di integrazione organizzativa, quali protocolli, procedure e linee guida, che abbiano come finalità l'individuazione e la stesura delle modalità di corretta esecuzione delle pratiche infermieristiche, sia per dare garanzie alle utenze, sia come strumento di auto tutela per il professionista.

La crescita culturale della popolazione, ha portato la stessa ad avere una maggior conoscenza delle modalità di accesso alle prestazioni sanitarie, con richieste sempre più sofisticate e qualificate, che inevitabilmente hanno determinato una minor tolleranza agli eventuali errori sanitari.

Per meglio comprendere il dimensionamento della problematica, da una inchiesta effettuata dal Censis, lo scorso anno, a causa di errori nella sanità italiana, c'è stato il ricorso alla magistratura da parte degli utenti nella misura del 40% dei casi emersi dalle cronache dei principali quotidiani nazionali.

In questo quadro, la professione infermieristica si trova a dover affrontare le problematiche relative alla gestione del rischio, attraverso l'adozione di strategie indispensabili per ridurre l'incidenza dei danni provocati ai pazienti, e per migliorare la qualità delle cure prestate.

Nella gestione delle cure, la professione infermieristica, deve porsi come attrice principale della soddisfazione dei bisogni reali del paziente, e della qualità delle cure, in quanto entrambi fulcro centrale dell'attuale approccio sanitario all'erogazione delle prestazioni.

Le attuali norme legislative di riforma della professione infermieristica (DM 739/94, Legge 42/1999 e Legge 251/2000) oltre a modificare ed abrogare in modo sostanziale elementi che avevano regolato la professione infermieristica, hanno imposto la diretta assunzione di responsabilità da parte del professionista sugli atti messi in essere nell'erogazione delle prestazioni.

L'infermiere è chiamato a prevedere i bisogni e i rischi reali o potenziali della persona assistita, quindi a scegliere le azioni migliori per favorire il benessere e l'autonomia dell'individuo, agendo con la messa in atto di interventi di comprovata efficacia e con abilità tecnica e relazionale, i cui risultati siano verificabili attraverso la valutazione dei risultati, ossia l'esito definitivo dell'attività o prestazione.

I provvedimenti legislativi citati sono destinati ad esercitare una grande influenza sulle forme di esercizio della professione, in quanto ad una lettura più attenta degli stessi, si sottolinea una qualificazione del lavoro dell'Infermiere fortemente di carattere multidimensionale, ossia una sommatoria di elementi diversi quali:

- Competenze
- Conoscenze tecniche
- Manualità
- Capacità relazionali.

E' proprio in questo quadro generale di richiesta di maggiore professionalità, e di attività ormai non più sottoposte ai vincoli del mansionario, la cui abrogazione, in alcuni casi ha determinato, e sta determinando, quella che in modo molto significativo ho definito la "Sindrome dell'orfano", ossia di qualcosa che improvvisa-

mente venendoci a mancare, ci ha privato di punti di riferimento certi di cosa si poteva o non si poteva fare.

Gli infermieri dell'U.O.C. di Emodinamica dell'Azienda Ospedaliera San Filippo Neri di Roma hanno sentito la necessità di formulare dei protocolli che definissero in modo appropriato il "Chi fa che cosa", orientando la propria azione all'efficacia della prestazione ed al bene dell'assistito.

L'unità operativa di emodinamica dell'Azienda Ospedaliera San Filippo Neri ha un'equipe multidisciplinare costituita da personale medico, infermieristico e tecnico sanitario per le emergenze coronariche, quali l'infarto del miocardio acuto e l'angina instabile, attiva nelle 24 ore per 365 giorni l'anno.

Oltre a svolgere attività istituzionale di elezione per la diagnosi delle malattie dell'apparato cardiovascolare, esegue attività di tipo interventistico con procedure di angioplastica coronaria, valvuloplastica, ed inoltre è specializzata nella rimozione di corpi estranei dall'apparato cardiaco.

L'U.O.C. di Emodinamica dispone di 2 sale operatorie per procedure diagnostiche di cateterismo cardiaco e coronaro-

grafie, e per le procedure interventistiche, dotate di apparecchiature digitali di ultima generazione.

Nella U.O di cardiologia sono presenti n° 8 posti letto che hanno reso possibile il ricovero di pazienti esaminati in precedenza in ambulatorio, abbattendo la lista di attesa da 60 giorni a 15 giorni. Inoltre è possibile eseguire nello stesso ricovero, la cui durata è di 48 ore, sia l'esame emodinamico che l'angioplastica coronaria, con evidenti vantaggi per per gli utenti che evitano così il doppio ricovero.

Su richiesta del paziente, già all'atto della sua dimissione, viene consegnata copia dell'esame emodinamico registrato su CD-Rom, che comunque può essere richiesta in qualsiasi momento successivo alla dimissione.

L'UOC di Emodinamica dell'Azienda Ospedaliera San Filippo Neri, nell'ultimo triennio, nonostante l'attivazione di altri centri per lo studio coronarico a Roma e nel Lazio, resta ancora oggi un punto di riferimento di alta specializzazione, con un volume di attività in elezione ed in emergenza sempre costanti nel tempo, come è possibile analizzare dalle tabelle che seguono:

UNITÀ OPERATIVA DI EMODINAMICA - STATISTICA ATTIVITÀ ANNO 1999 AZIENDA COMPLESSO OSPEDALIERO S. FILIPPO NERI – ROMA

	Gennaio	Febbraio	Marzo	Aprile	Maggio	Giugno	Luglio	Agosto	Settemb.	Ottob.	Novemb.	Dicemb.	TOTALI
Coronarografie Interne	114	135	144	143	136	128	137	75	126	103	131	121	1491
Coronarografie Esterni*	36	42	41	39	33	36	24	37	34	42	46	441	31
PTCA**	40	40	42	44	43	44	53	17	49	38	39	43	492
PTCM	0	0	2	0	1	0	0	0	0	0	0	1	4
Visite Ambulatoriali	15	16	27	29	16	18	28	1	17	27	19	29	242
Visite Amb. SMP. Zingales	3	4	7	7	9	6	9	0	2	4	4	0	55
Consulenze Interne - Emocard - Ptca - Card.- Etc.	144	171	187	186	180	174	189	92	176	185	180	166	2030
Consulenze Esterne	31	36	42	41	39	33	36	24	37	34	42	46	441
Consulenze Esterne - SMP. Zingales	11	12	23	18	14	19	26	3	22	14	19	14	195
URGENZE PTCA ** - vanno defalcate dalle PTCA	6	7	6	13	14	11	8	3	12	11	9	16	116
URGENZE CORO - vanno defalcate dalle Coro*	5	2	4	6	9	7	5	3	13	7	10	12	83
URGENZE TOTALI - (PTCA + CORO)	11	10	10	22	27	22	14	6	24	14	21	33	199

UNITÀ OPERATIVA DI EMODINAMICA - STATISTICA ATTIVITÀ ANNO 2000
AZIENDA COMPLESSO OSPEDALIERO S. FILIPPO NERI – ROMA

	Gennaio	Febbraio	Marzo	Aprile	Maggio	Giugno	Luglio	Agosto	Settemb.	Ottob.	Novemb.	Dicemb.	TOTALI
Coronarografie Interne	125	134	143	118	129	136	128	107	114	142	155	130	1561
Coronarografie Esterni*	32	33	45	28	37	29	28	17	36	35	35	27	382
PTCA**	42	55	54	49	49	53	45	44	45	51	56	50	597
PTCM	0	0	1	0	0	0	0	0	2	0	0	0	3
Visite Poliambulatorio	21	18	17	19	16	17	17	0	15	16	17	16	189
Visite Amb. Emodinamica	0	0	24	25	40	51	43	29	69	49	71	47	448
Visite Amb. SMP. Zingales	17	17	27	12	14	17	1	0	2	0	0		3
Consulenze Emocard-Ptca -Card.-Etc.	167	189	198	167	178	190	173	153	159	193	211	180	2158
Consulenze Esterne	32	33	45	28	37	29	28	17	36	35	35	27	382
Consulenze Esterne - SMP. Zingales	0	2	0	0	2	0	0	1	2	0	0	0	7
URGENZE PTCA** - vanno defalcate dalle PTCA	14	16	18	18	10	21	17	18	18	20	23	27	220
URGENZE CORO - vanno defalcate dalle Coro*	17	10	15	19	8	15	10	10	11	20	17	12	164

UNITÀ OPERATIVA DI EMODINAMICA - STATISTICA ATTIVITÀ ANNO 2001
AZIENDA COMPLESSO OSPEDALIERO S. FILIPPO NERI – ROMA

	Gennaio	Febbraio	Marzo	Aprile	Maggio	Giugno	Luglio	Agosto	Settemb.	Ottob.	Novemb.	Dicemb.	TOTALI
Coronarografie Interni	149	121	177	149	161	139	157	128	137	175	159	147	1799
Coronarografie Esterni*	21	20	13	15	16	9	15	9	12	13	13	12	168
PTCA**	48	44	78	57	54	67	78	48	60	76	73	62	745
PTCM	'0	'0	'0	'0	'0	'0	'0	'0	1	1	0	2	4
Rimozione Corpi Estraneo										1			1
Visite Poliambulatorio	32	28	29	18	24	17	22	3	20	14	17	29	253
Visite Amb. Emodinamica	58	53	85	58	78	94	89	31	73	87	94	72	872
Consulenze Esterne	21	20	13	15	16	9	15	9	12	13	13	12	168
Consulenze Interne	196	167	262	206	215	206	235	176	197	251	232	209	2552

I protocolli prodotti, hanno lo scopo di essere un punto di partenza e di riflessione per tutti gli Infermieri che si trovano ad operare in unità operative di Emodinamica, ove la linea di confine tra l'intervento medico e quello infermieristico e tecnico a volte è molto sottile, e le strategie da adottare per ridurre l'incidenza di danni che potrebbero essere provocati ai pazienti rivestono un importante ruolo, nell'ottica del miglioramento continuo delle cure prestate.

Un particolare plauso va alla Respon-

sabile Infermieristica del settore Dipartimentale Cardiovascolare, al Coordinatore Infermieristico e a tutti gli infermieri dell'U.O.C. di Emodinamica dell'Azienda San Filippo Neri per il lavoro prodotto, frutto di un'attenta analisi delle attività esposte, e di una scrupolosa indagine presso altri servizi di Emodinamica sia della Regione Lazio che sul territorio nazionale, che hanno messo in evidenza una quasi assoluta assenza di protocolli operativi per attività di forte impatto specialistico, e per cui è indispensabile la

puntuale conoscenza delle procedure da mettere in essere.

Tale iniziativa, che dovrebbe essere una costante in tutti gli ambiti in cui si esprime la professione, dovrebbe essere strumento di crescita, valorizzazione e valutazione dell'operato quotidiano di ogni infermiere, poiché solo analizzando e valutando quello che eravamo e quello che ora siamo, si può capire quello che saremo.

LA SALA DI EMODINAMICA

L'infermiere opera in una zona protetta per la presenza di apparecchiature che emettono radiazioni ionizzanti.

Questo impone di tenere comportamenti atti a tutelare la salute di tutte le persone presenti e quindi anche la propria; le prescrizioni vengono fornite dal Servizio Prevenzione e Protezione dai Rischi.

APPARECCHIATURA RADIOLOGICA

È una struttura geometrica a forma di "C" che supporta:

- in basso la sorgente di radiazioni ionizzanti (tubo radiogeno)
- in alto la parte ricevente (intensificatore di immagine) dove vengono elaborate le immagini.

Tutto il sistema è mobile e questo permette di spostare la fonte RX e l'intensificatore di immagini, in qualunque posizione, ruotando attorno al paziente che si trova su di un lettino posto al centro della "C". Anche il lettino può essere manovrato longitudinalmente, in alto, in basso e trasversalmente. Sia la struttura a "C" che il lettino possono essere spostati grazie a dei pulsanti di comandi.

Tale apparecchiatura è munita di monitor che trasmettono simultaneamente le immagini elaborate al fine di consentire una visione globale e reale all'operatore che esegue l'esame.

SISTEMI DI PROTEZIONE

Si usano delle barriere mobili poste tra la fonte di radiazione e l'operatore

allo scopo di ridurre al minimo la quantità di raggi a cui ci si espone durante le ore di servizio.

Tali barriere sono rappresentate da:

- collare per la tiroide
- camice
- occhiali

Sono fatti con piombo equivalente ed hanno uno spessore di:

- 0,50 mm (indossati dall'operatore medico)
- 0,25 mm (indossati dagli infermieri di sala)

L'apparecchio radiologico è inoltre dotato di uno schermo protettivo che funge da ulteriore filtro e che posto tra gli operatori e la fonte di radiazione riduce notevolmente l'esposizione ai raggi.

Il lavoro degli infermieri nell'UOC di Emodinamica può essere suddiviso in cinque fasi fondamentali.

Ogni fase comporta dei compiti specifici che possono e/o devono essere svolti insieme o indipendentemente

PRIMA FASE

ENTRATA IN SERVIZIO ED ARRIVO IN SALA DI EMODINAMICA

- Preparazione delle sale operatorie per l'esecuzione degli esami diagnostici in lista ed eventuali urgenze/emergenze intra – o extraospedaliere

SECONDA FASE

ARRIVO DEL PAZIENTE

- Accoglienza del paziente nell'unità operativa
- Preparazione del paziente in sala operatoria

TERZA FASE

ESECUZIONE DELLE PROCEDURE

- Effettuazione degli esami diagnostici (coronarografia) e/o interventistici (PTCA)

QUARTA FASE

AL TERMINE DELLA PROCEDURA

- Sistemazione e controllo del paziente
- Pulizia degli strumenti elettromedicali e della sala operatoria
- Reintegro del materiale e dei farmaci

- eventualmente usati
- Invio del paziente nell'unità operativa di appartenenza

QUINTA FASE

FINE SEDUTA

- Chiusura delle sale operatorie

PREPARAZIONE DELLA SALA DI EMODINAMICA

Controllo e verifica della funzionalità delle apparecchiature elettromedicali	Fisiopoligrafo
	Defibrillatore
	Pompe per infusione
	Pace maker esterno
	Respiratore automatico
	Aspiratore
	Contropulsatore
	Iniettore
	Scalda contrasto
	Apparecchio per Act

FISIOPOLIGRAFO

... è un sistema computerizzato che permette di monitorizzare e registrare su carta i parametri vitali del paziente (ECG, PA, saturazione O₂, etc.).

Gli impulsi provenienti dal paziente vengono trasmessi via cavo su un monitor all'esterno della sala e su un ripetitore posto all'interno.

VERIFICA DELLA FUNZIONALITÀ

- ... accendere il sistema
- ... controllare che tutti i monitor si attivino

ALLESTIMENTO DEL SISTEMA DI MONITORAGGIO INVASIVO PRESSORIO PREPARAZIONE DEL TRASDUTTORE DI PRESSIONE

... permette la misurazione delle pressioni cruenta e viene collegato, tramite un cavo, alla centralina del fisiopoligrafo.

PROCEDURA	PRINCIPI SCIENTIFICI	CONSIDERAZIONI
Lavarsi le mani		
Accendere il monitor 5 minuti prima del monitoraggio	Autotest di riscaldamento del monitor	
Collegare il raccordo del trasduttore al monitor	Trasmettere il segnale all'oscilloscopio	
Controllare l'oscilloscopio	Identificare la traccia del monitor	Le forme d'onda appaiono sulla linea corrispondente alla localizzazione dei moduli
Selezionare adeguatamente le scale di misurazione adeguata	Visualizzare con ampiezza le forme d'onda	Le scale più frequentemente utilizzate sono: PA = 200 mmHg PAP = 40/50/100 mmHg PVC = 30 mmHg
Preparare la soluzione di lavaggio: sacca di fisiologica da 1.000 ml con l'aggiunta di 2.500 UI di eparina	Mantenere pervio il sistema di monitoraggio, evitando l'ostruzione del catetere	Ogni reparto può avere un protocollo per la preparazione
Apporre l'etichetta sulla sacca indicando la dose dei farmaci introdotti, la data di preparazione e la firma dell'operatore	Documentare l'avvenuta preparazione	
Aprire la confezione con il sistema di trasduzione monouso su un piano sterile, controllare l'esatto numero dei trasduttori, la buona tenuta dei vari raccordi e rubinetti	Ridurre al minimo il rischio di contaminazione e assicurare un monitoraggio corretto e sicuro	In linea generale si utilizzano: 1 trasduttore se si monitorizza solo la PA 2 trasduttori se PA e PVC 3 trasduttori se PA, PVC e PAP
Collegare il deflussore del kit di monitoraggio alla sacca di lavaggio		
Riempire di soluzione tutto il sistema, compresi i rubinetti e i raccordi	Eliminare tutta l'aria presente nel sistema	
Porre la sacca di lavaggio nell'apposito spremisacca e portarla ad una pressione da 300 mmHg	Evitare il reflusso di sangue una volta collegato il sistema al catetere	Ad una pressione di 300 mmHg, inoltre, il "flush" di lavaggio garantisce un ingresso costante di 3 ml/ora
Lavarsi le mani	Ridurre i microrganismi	

- collegare il cavo del trasduttore alla centralina
- collegare il cavo del saturimetro alla centralina (permette la misurazione della saturazione dell'ossimetria transcutanea)
- controllare che i cavi degli elettrodi per ECG siano collegati alla centralina
- controllare che gli elettrodi per ECG siano posizionati nel giusto ordine.

DEFIBRILLATORE

- ACCENDERE
- POSIZIONARE MANOPOLA A 50 JOULES
- CARICARE
- SCARICARE TRAMITE APPOSITE MANOPOLE
- VERIFICARE...
controllare che compaia sul monitor del defibrillatore la dicitura "TEST OK" (ciò indica che il test di funzionalità dell'apparecchiatura è riuscito)
- POSIZIONARE LA MANOPOLA A 200 JOULES
pronto se necessario

N.B.

SI PUÒ APPLICARE LA PASTA CONDUTTRICE ALLE PIASTRE A CONDIZIONE CHE QUESTE VENGANO PULITE A FINE PROCEDURA.

POMPA DI INFUSIONE

- CONTROLLARE CHE SIA COLLEGATA ALLA RETE ELETTRICA
- VERIFICARE CHE SI ACCENDA
- ACCERTARSI CHE SIANO DISPONIBILI I DEFLUSSORI SPECIFICI

PACE MAKER TEMPORANEO (SALA A)

- ACCENDERE
- TENERE PREMUTO IL PULSANTE "TEST"
- CONTROLLARE CHE I DUE LED APPOSITI LAMPEGGINO
- SPENGERE
- CONTROLLARE CHE SIANO IMMEDIATAMENTE DISPONIBILI
CATETERI STIMOLATORI PER PACE MAKER
CAVI ACCESSORI DI COLLEGAMENTO

PACE MAKER TEMPORANEO (SALA B)

TEST DI AUTO ANALISI DI AVVIAMENTO

- ACCENDERE
SI ILLUMINANO TRE SPIE INDICATRICI:
STIMOLAZIONE

RILEVAZIONE

BATTERIA INSUFFICIENTE

- SPENGERE
TENERE PREMUTI CONTEMPORANEAMENTE I TASTI ACCESO "ON" E SPEN-TO "OFF"
- CONTROLLARE CHE SIANO IMMEDIATAMENTE DISPONIBILI
CATETERI STIMOLATORI PER PACE MAKER
CAVI ACCESSORI DI COLLEGAMENTO

RESPIRATORE AUTOMATICO

- COLLEGARE I CAVI DELL'OSSIGENO E DELL'ARIA COMPRESSA
- COLLEGARE IL RESPIRATORE A RETE
- VERIFICARE L'ACCENSIONE
- CONTROLLARE CHE IL MATERIALE PER LA RIANIMAZIONE CARDIO-POLMONARE SIA DISPONIBILE
LARINGOSCOPIO
LAME PER LARINGOSCOPIO DI VARIE MISURE
TUBI ENDOTRACHEALI DI VARIE MISURE
SIRINGHE DI VARIE MISURE
FASCETTE DI GARZA
LUBRIFICANTE
ANESTETICO LOCALE
AMBU E "VA E VIENI"

SISTEMA DI ASPIRAZIONE

- VERIFICARE CHE TUTTO IL DISPOSITIVO COMPOSTO DA:
CONTENITORE DI RACCOLTA MONOUSO
TUBO DI ASPIRAZIONE
SONDINI PER ASPIRAZIONE DI VARIE MISURE
SIA MONTATO E FUNZIONANTE
- CONTROLLARE L'EFFICACIA DELL'ASPIRAZIONE, OSSIA VERIFICARE LA CHIUSURA ERMETICA DEL SISTEMA
- APRIRE SOL. FISILOGIA E TENERE A DISPOSIZIONE

SCALDA CONTRASTO

- ACCENDERE IL TERMOSTATO

- RIFORNIRE I FLACONI DI MEZZO DI CONTRASTO
 - CONTROLLARE CHE IL TERMOSTATO ARRIVI A TEMPERATURA (37°)
 - RIFORNIRE DI CUVETTE A "BANDIERINE"
 - SEGNALARE EVENTUALI GUASTI
- LA RESISTENZA
 - COLLOCARE LA SIRINGA NELL'ALLOGGIAMENTO
 - POSIZIONARE LO STANTUFFO IN MODALITÀ DI ASPIRAZIONE

INIETTORE

DISPOSITIVO AUTOMATICO PER INIEZIONE DEL MEZZO DI CONTRASTO CHE CONSENTE DI STABILIRE LA QUANTITÀ AL SECONDO, LA QUANTITÀ TOTALE E LA PRESSIONE DEL LIQUIDO INIETTATO. TALE DISPOSITIVO PUÒ ESSERE AZIONATO MECCANICAMENTE SIA DALLA CONSOLLE CHE DA UN COMANDO A DISTANZA. IL SISTEMA È PROVVISORIO DI UN ALLOGGIAMENTO PER UNA APPOSITA SIRINGA DA 150 ML STERILE E FORNITO INOLTRE DI UNA RESISTENZA CHE PERMETTE DI RISCALDARE L'INIETTATO

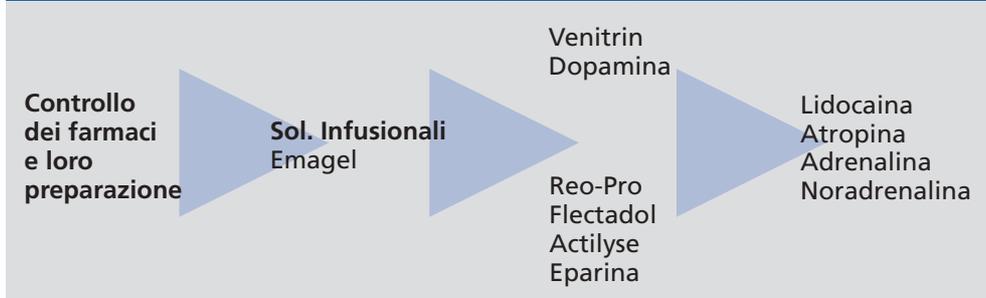
- COLLEGARE IL CAVO ALLA CENTRALINA
- ACCENDERE IL DISPOSITIVO
- VERIFICARE IL FUNZIONAMENTO DEL-

CONTROPULSATORE

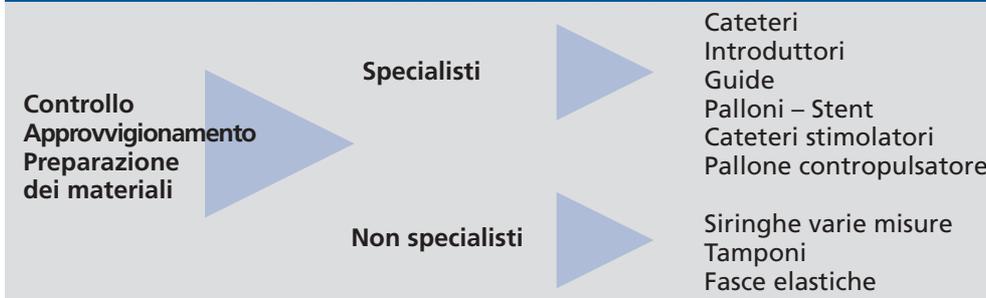
È UN'APPARECCHIATURA ELETTRO-MEDICALE CHE PERMETTE LA CONTROPULSAZIONE AORTICA OSSIA È UN METODO DI ASSISTENZA CARDIO-CIRCOLATORIA MECCANICA E CHE SI REALIZZA MEDIANTE UN PALLONCINO INTRA-AORTICO (INCREMENTO PRESSORIO DIASTOLICO)

- VERIFICARE CHE SIA COLLEGATO A RETE
- ACCENDERE
- APRIRE LA BOMBOLA DELL'ELIO
- CONTROLLARE LO STATO DI CARICA DELLA BOMBOLA
- CONTROLLARE I CAVI ECG
- CONTROLLARE IL CAVO SATURIMETRO
- CONTROLLARE CHE VI SIANO I PALLONI INTRA-AORTICI DI VARIE MISURE

PREPARAZIONE DELLA SALA DI EMODINAMICA



PREPARAZIONE DELLA SALA DI EMODINAMICA



FARMACI

Si preparano farmaci di uso comune seguendo dei protocolli prestabiliti:

VENITRIN 10 MG	<i>in soluzione fisiologica 100 ml</i>	DINIKET 20 MG	<i>pronto in siringa 20 ml</i>
DOPAMINA 200 MG	<i>in soluzione fisiologica 250 ml</i>	FLECTADOL 500 MG	<i>pronto in siringa diluito con 10 ml di fisiologica</i>
LIDOCAINA 200 MG	<i>pronta in siringa 10 ml</i>	SOLU-MEDROL 2 G	<i>pronto in siringa diluito con 20 ml di solvente proprio</i>
ATROPINA 1 MG	<i>pronta in siringa diluita con 5 ml di fisiologica</i>	EPARINA 50.000 UI	<i>pronta in siringa 10 ml</i>
		EPARINA 1.000 UI	<i>pronta in siringa 2,5 ml</i>

RESPONSABILITÀ DELL'INFERMIERE NELLA PREPARAZIONE DEL PAZIENTE VERIFICA E CONTROLLO

CONSENSI INFORMATI	1 •ALL'ESECUZIONE DELL'ESAME 2 •ALL'ESECUZIONE DI EVENTUALI MANOVRE RIANIMATORIE
TERAPIA	ASSUNZIONE DA PARTE DEL PAZIENTE DELLA TERAPIA SPECIFICA PRESCRITTA (ES. TIKLID) E SOSPENSIONE DI TERAPIA ANTICOAGULANTE DA ALMENO 3 GIORNI.
ACCERTAMENTI CLINICI	EMOCROMO GLICEMIA AZOTEMIA CREATININEMIA SODIO, POTASSIO, CALCIO ENZIMI FATTORI DELLA COAGULAZIONE PROTIDOGRAMMA PCR T3 T4 TSH TELECUORE IN 2P ECG
DIGIUNO	DALLA SERA PRECEDENTE
TRICOTOMIA	DELLE VIE DI ACCESSO (brachiale, inguinale, radiale), E DEL TORACE
IGIENE PERSONALE	DOCCIA DI PULIZIA RIMOZIONE DELLO SMALTO PER UNGHIE RIMOZIONE DI PROTESI DENTALI MOBILI RIMOZIONE DI MONILI VARI
CATETERIZZAZIONE VESCICALE	PAZIENTI INCONTINENTI O IN STATO DI INCOSCENZA
ACCESSO VENOSO	AGO CANULA: POSIZIONATO IN SEDE CONFORTEVOLE PER IL PAZIENTE; ACCESSIBILE PER GLI OPERATORI ; DI GROSSO CALIBRO;
INFORMARE IL PAZIENTE	SPIEGARE LA METODICA DI ESECUZIONE AFFINCHÈ ACCETTI CON TRANQUILLITÀ LE INNUMEREBOLI MANOVRE CHE VEDRÀ SVOLGERE INTORNO A LUI E SULLA SUA PERSONA; INDICARE LA NECESSITÀ DI ESEGUIRE TALE INDAGINE PER COMPLETARE IL QUADRO CLINICO AL FINE DI ATTUARE I PROVVEDIMENTI TERAPEUTICI NECESSARI A RISTABILIRE IL PROPRIO STATO DI SALUTE; ILLUSTRARE LE POSSIBILI COMPLICANZE;
POSIZIONAMENTO	TOGLIERE TUTTI GLI INDUMENTI POSIZIONARE IL PAZIENTE SUL LETTINO OPERATORIO

Si controlla la disponibilità dei farmaci di emergenza:

ADRENALINA 1 MG
NORA-ADRENALINA 2 MG

Si verifica che siano disponibili farmaci specifici come:

REO-PRO 10 MG
ACTILYSE 50 MG
TRACRIUM 50 MG

PROTOCOLLO DI ASSISTENZA PER FIBRILLAZIONE VENTRICOLARE E ARRESTO CARDIACO

FIBRILLAZIONE VENTRICOLARE	ARRESTO CARDIACO
RICONOSCIMENTO DELL'EVENTO	
Un operatore, in campo sterile, esegue il massaggio cardiaco verificandone l'efficacia	L'infermiere strumentista esegue il massaggio cardiaco, verificandone l'efficacia, il medico emodinamista provvede ad incannulare
Il tecnico libera lo spazio intorno al paziente dalla apparecchiatura radiologica, per agevolare la manovra	Il tecnico libera lo spazio intorno al paziente dalla apparecchiatura radiologica, per agevolare la manovra
L'infermiere di sala prepara il defibrillatore ed esegue la defibrillazione	L'infermiere di sala apre il catetere stimolatore sul campo sterile e lo raccorda al pace maker esterno
1° tentativo di defibrillazione 200 J 2° tentativo di defibrillazione 200 J 3° tentativo di defibrillazione 300 J	Programmazione e accensione del pace maker esterno, appena posizionato lo stimolatore, secondo le indicazioni del medico
L'anestesista provvede all'assistenza respiratoria e alla somministrazione dei farmaci necessari	L'anestesista provvede all'assistenza respiratoria e alla somministrazione dei farmaci necessari
Verificare la ripresa di: ritmo, respirazione spontanea, stato di coscienza	Verificare la ripresa di: ritmo, respirazione spontanea, stato di coscienza
Eseguire EGA	Eseguire EGA
Se il paziente non risponde al trattamento continuare con la rianimazione cardio-polmonare	Se il paziente non risponde al trattamento continuare con la rianimazione cardio-polmonare

CATERISMO CARDIACO

Studio angiografico ed emodinamico delle coronarie e delle cavità cardiache. Il cateterismo cardiaco si definisce "completo" quando si procede ad uno studio angiografico delle 4 cavità cardiache, delle coronarie ed alle loro valutazioni emodinamiche (pressioni, saturazioni endocavitare).

CORONAROGRAFIA Consiste nella iniezione selettiva di agenti di contrasto radiopachi nel circolo coronarico. La punta di un catetere viene fatta avanzare fino all'ostio coronarico destro e sinistro, sotto controllo fluoroscopico e si

provvede ad iniettare il contrasto, registrando su una pellicola, o su CD, le immagini radiografiche. Solitamente si visualizzano i singoli vasi coronarici in più proiezioni, onde definire la gravità di eventuali stenosi e ridurre al minimo il rischio di artefatti dovuti alla sovrapposizione di vasi adiacenti. Alla coronarografia si associa di regola la **VENTRICOLOGRAFIA SINISTRA**, che consiste nella iniezione di mezzo di contrasto radiologico nella cavità ventricolare sinistra e che permette di valutare la forma, il volume e le caratteristiche di movimento e di contrattilità della parete ventricolare, sia globalmente che a livello dei

vari segmenti. La tecnica di esecuzione più usata è quella di Judkins. Con tale tecnica si utilizza la arteria femorale in anestesia locale e l'approccio è quello percutaneo: con un ago si punge l'arteria femorale, attraverso lo stesso viene introdotta una guida metallica sulla quale viene fatto scorrere un catetere che raggiunge la radice aortica. Vengono introdotti successivamente, uno per volta, lungo la suddetta guida metallica, tre differenti cateteri preformati: uno per l'esecuzione della coronarografia destra, uno per la coronarografia sini-

stra ed uno per la ventricolografia. Al termine dell'esame coronarografico, è necessario effettuare una compressione dell'arteria femorale e successivamente una medicazione compressiva costringendo il paziente a tenere l'arto disteso per circa 24 ore quando si è utilizzato un introduttore del calibro di 5,6 o 7 F :Il tempo di immobilità del paziente si riduce considerevolmente (4-6 ore) quando viene usato un introduttore di minor calibro quale il 4 F attualmente in uso presso la nostra U.O.

CATETERISMO CARDIACO **PROCEDURE PRELIMINARI ALL'ESAME**

STRUMENTISTA	INFERMIERE DI SALA
Indossa camice e collare di piombo	Apre il kit contenente: - 3 bacinelle (1 grande, 2 piccole) - 2 camici sterili - 1 telino sterile - 1 lenzuolo sterile - siringa ad anelli - rampa a 3 rubinetti - 1 prolunga corta - prolunga ad alta pressione - 2 deflussori - 2 siringhe da 10 ml (1 rossa, 1 verde) - tamponi - copri amplificatore
Lavaggio asettico delle mani	Aggiunge al kit: - 2 siringhe da 10 ml - 1 siringa da 20 ml - telino sterile - ago arteriale - guida - bisturi - sacca fisiologica 1.000 ml
Vestizione sterile Allestisce il campo sterile: - stende sui comandi del tavolo radiologico il telino ed il lenzuolo sul paziente - collega alla rampa a 3 rubinetti la siringa ad anelli e la prolunga corta - aspira l'anestetico locale in siringa da 20 ml - versa la sacca di fisiologica da 3.000 ml nella bacinella grande	Aiuta Prepara sacca fisiologica 1.000 ml eparinata - aggiunge alla soluzione fisiologica 2.500 UI di eparina, applica premi sacca ed appende al palo di sostegno a ridosso del tavolo operatorio Mezzo di contrasto - appende al palo di sostegno flebo con mezzo di contrasto Aggiunge alla sacca di fisiologica 3.000 ml 7.500 UI di eparina
Passa l'estremità distale: - della linea di pressione - del primo deflussore - del secondo deflussore all'infermiere di sala	Raccorda: - al trasduttore - al mezzo di contrasto - alla fisiologica di lavaggio (1.000 ml eparinata)
Elimina tutta l'aria presente nel sistema	Posiziona: - schermo protettivo - lampada scialitica
Posiziona il copri amplificatore Applica allo schermo protettivo telino o camice sterile in modo da rivestirlo completamente	Aiuta nell'esecuzione Aiuta nell'esecuzione
Dispone sul campo sterile: - siringa con anestesia locale - ago arteriale - bisturi - guida - tamponi	Prepara i cateteri diagnostici e l'introduttore scelti precedentemente dal medico
Immerge i cateteri nella bacinella contenente fisiologica eparinata	Porge il materiale richiesto sterilmente all'infermiere strumentista

**CATETERISMO CARDIACO
PROCEDURE PRELIMINARI ALL'ESAME**

STRUMENTISTA	INFERMIERE DI SALA
Collega l'introduttore all'estremità prossimale del deflussore del lavaggio ed elimina dalla linea tutta l'aria presente Posiziona in pressione la sacca di lavaggio	Posiziona in lettura il trasduttore per il monitoraggio della pressione Monitorizza traccia ECG prima dell'inizio della procedura Registra i dati anagrafici del paziente
Verifica che tutto sia pronto per iniziare la procedura	Coadiuvava il medico nella vestizione sterile

**CATETERISMO CARDIACO
ESECUZIONE**

STRUMENTISTA	INFERMIERE DI SALA
Porge il materiale occorrente al medico dopo averlo accuratamente lavato nella fisiologica eparinata <ul style="list-style-type: none"> - ago arteriale - guida - catetere diagnostico 	Segue l'esame al fisiopoligrafo Controlla i parametri vitali del paziente per tutta la procedura
Posiziona il cash in base alle proiezioni scelte dal medico	Segnala tempestivamente qualsiasi anomalia intervenga durante l'esame Fornisce il materiale richiesto
Coadiuvava il medico nella varie manovre, ma compie atti rivolti direttamente al paziente (non inietta il mezzo di contrasto e/o farmaci in coronaria e non manovra l'ago guida in aorta)	Somministra farmaci su prescrizione verbale del medico operatore e dell'anestesista (successivamente verranno registrate in cartella clinica) Registra su carta le pressioni endocavitarie

VENTRICOLOGRAFIA

STRUMENTISTA	INFERMIERE DI SALA
Raccorda la prolunga ad alta pressione al rubinetto centrale della rampa e passa l'estremità distale all'infermiere di sala	Introduce l'apposita siringa nell'iniettore pronta per aspirare il mezzo di contrasto
Ruota i rubinetti della rampa in modo tale da mettere in comunicazione la flebo del mezzo di contrasto con l'iniettore	Collega la prolunga di alta pressione alla siringa dell'iniettore Aspira la quantità di mezzo di contrasto richiesta dal medico
Al termine di tale operazione ruota nuovamente i rubinetti rimettendoli nella posizione d'origine Deconnette la prolunga di alta pressione dalla rampa e la porge la medico che provvederà a collegarla al catetere diagnostico	Elimina l'aria dal sistema Aspira una piccola quantità di sangue e si accerta nuovamente che non vi sia aria nel sistema
Posiziona il cash dopo che il medico ha scelto la proiezione da effettuare	Imposta l'iniettore su indicazione del medico ed esce dalla sala operatoria <ul style="list-style-type: none"> - aziona l'iniettore al segnale del medico - ripone il comando al suo posto ed attende nuove disposizioni - registra su carta le pressioni endocavitarie post-ventricolografia
Smaltisce i taglienti al termine della procedura	Deconnette i vari deflussori dal lavaggio, dalle fleboclisi e dal trasduttore
Rimuove il campo sterile, toglie il copri amplificatore, il telo dallo schermo protettivo e getta tutto nel contenitore dei rifiuti speciali Si sveste	Prepara l'occorrente per rimuovere l'introduttore ed eseguire la fasciatura compressiva Aiuta la svestizione dell'infermiere e del medico
Posizionano il paziente sulla barella per il trasporto in reparto	
Controlla le condizioni generali del paziente e lo accompagna, insieme ad un ausiliario, nel reparto di appartenenza	Provvede al riordino completo della sala operatoria Reintegra il materiale usato

ANGIOPLASTICA CORONARICA TRANSLUMINALE PERCUTANEA (P.T.C.A.)

Costituisce una delle principali opzioni terapeutiche in presenza di coronaropatia. La PTCA viene eseguita in anestesia locale e non richiede un periodo di ricovero prolungato per cui in pazienti selezionati, permette di ridurre notevolmente tempi e costi di riabilitazione rispetto al by-pass coronarico. Tale intervento viene eseguito introducendo un catetere provvisto di un palloncino gonfiabile all'estremità distale, attraverso l'arteria femorale o brachiale (qualora risultasse problematico attraverso la via femorale), risalendo in aorta ed imboccando l'ostio coronarico. Il catetere viene quindi spinto all'interno della coronaria malata fino a sondare la stenosi; si procede quindi a ripetuti gonfiaggi del palloncino allo scopo di dilatare la stenosi. In caso di riocclusione della coronaria la procedura è comunque ripetibile, eventualmente con il posizionamento di una stent in sede di placca. Lo stent è costituito da una reticella metallica a molla che ha lo scopo di tenere pervia la coronaria. Nel 60% dei casi gli interventi di angioplastica non riusciti dipendono dall'impossibilità di attraversare la stenosi con la guida o con il catetere, soprattutto se si tratta di occlusioni totali croniche. Nel restante numero di casi il fattore primariamente responsabile è la dissecazione in sede locale (separazione dell'intima dalla media coronarica), secondaria al tentativo di dilatazione transcateretere. La PTCA comporta sempre

una minima dissecazione in sede locale, ma se la dissecazione assume proporzioni eccessive (e soprattutto se vi si associano formazioni trombotiche locali o fenomeni vasospastici) esiste il rischio di una brusca chiusura del segmento dilatato dopo retrazione del catetere. Utili ad impedire fenomeni del genere sono la somministrazione routinaria di vasodilatatori, anticoagulanti (eparina 10.000-15.000 UI durante l'intervento) e antiaggreganti piastrinici (acido acetilsalicilico 325 mg die cominciando almeno 24 ore prima della esecuzione della PTCA e nei 3-6 mesi successivi a quest'ultima). Al fine di evitare i limiti attuali dell'angioplastica transluminale con palloncino, sono state introdotte recentemente varie metodiche alternative utili a garantire la dilatazione di stenosi vascolari (aterectomia e stent intravascolari). L'aterectomia meccanica, a differenza dell'angioplastica con palloncino, mira all'asportazione fisica del materiale che costituisce la placca. L'inserimento di protesi endovascolari metalliche permanenti (stent) a vari livelli del circolo coronarico e periferico, permettono di garantire la pervietà del vaso. Tali strutture formano una sorta di impalcatura all'interno del lume vasale che risulta estremamente efficace nel mantenerne la pervietà. Dopo un periodo di 8 settimane tali stent vengono ricoperti da tessuto endoteliale e quindi incorporati nella parete vascolare, fino a quel momento è però necessario praticare terapie antiaggreganti intensive allo scopo di minimizzare il rischio di trombosi intravasale.

Gruppo di lavoro

*C.S. Cristina De Rosa, C.S. Claudio Merlin,
I.P. Letizia Mosca, I.P. Massimo D'Abate, I.P. Stefano Fabbrini,
I.P. Elisabetta Izzo, I.P. Mario Leonetti, I.P. Maria Losacco,
I.P. Anna Rita Ottaviani, I.P. Agostino Pietracatella, I.P. Maria Romeo,
I.P. Anna Maria Rossetti, I.P. Marinella Spaziani*

P.T.C.A.
PROCEDURE PRELIMINARI

STRUMENTISTA	INFERMIERE DI SALA
Indossa camice e collare di piombo	<p>Apri il kit contenente:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 3 bacinelle (1 grande, 2 piccole) - 2 camici sterili - 1 telino sterile - 1 lenzuolo sterile - siringa ad anelli - rampa a 3 rubinetti - 1 prolunga corta - prolunga ad alta pressione - 2 deflussori - 2 siringhe da 10 ml (1 rossa, 1 verde) - tamponi - copri amplificatore
Lavaggio asettico delle mani	<p>Aggiunge al kit:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 2 siringhe da 10 ml - 1 siringa da 20 ml - telino sterile - ago arteriale - ago guida - bisturi - sacca fisiologica 1.000 ml
<p>Vestizione sterile</p> <p>Allestisce il campo sterile:</p> <ul style="list-style-type: none"> - stende sui comandi del tavolo radiologico il telino ed il lenzuolo sul paziente - collega alla rampa a 3 rubinetti la siringa ad anelli e la prolunga corta - aspira l'anestetico locale in siringa da 20 ml - versa la sacca di fisiologica da 3.000 ml nella bacinella grande 	<p>Aiuta</p> <p>Prepara sacca fisiologica 1.000 ml eparinata</p> <ul style="list-style-type: none"> - aggiunge alla soluzione fisiologica 2.500 UI di eparina, applica premi sacca ed appende al palo di sostegno a ridosso del tavolo operatorio <p>Mezzo di contrasto</p> <ul style="list-style-type: none"> - appende al palo di sostegno flebo con mezzo di contrasto <p>Aggiunge alla sacca di fisiologica 3.000 ml 7.500 UI di eparina</p>
<p>Passa l'estremità distale:</p> <ul style="list-style-type: none"> - della linea di pressione - del primo deflussore - del secondo deflussore <p>all'infermiere di sala</p>	<p>Raccorda:</p> <ul style="list-style-type: none"> - al trasduttore - al mezzo di contrasto - alla fisiologica di lavaggio (1.000 ml eparinata)
Elimina tutta l'aria presente nel sistema	<p>Posiziona:</p> <ul style="list-style-type: none"> - schermo protettivo - lampada scialitica
Posiziona il copri amplificatore	Aiuta nell'esecuzione
Applica allo schermo protettivo telino o camice sterile in modo da rivestirlo completamente	Aiuta nell'esecuzione
<p>Dispone sul campo sterile:</p> <ul style="list-style-type: none"> - siringa con anestesia locale - ago arteriale - bisturi - guida - tamponi 	Prepara i cateteri diagnostici e l'introduttore scelti precedentemente dal medico
Immerge i cateteri nella bacinella contenente fisiologica eparinata	Porge il materiale richiesto sterilmente all'infermiere strumentista

P.T.C.A.
PROCEDURE PRELIMINARI ALL'ESAME

STRUMENTISTA	INFERMIERE DI SALA
Collega l'introduttore all'estremità prossimale del deflussore del lavaggio ed elimina dalla linea tutta l'aria presente	<p>Posiziona in lettura il trasduttore per il monitoraggio della pressione</p> <p>Posiziona in pressione la sacca di lavaggio</p> <p>Monitorizza traccia ECG prima dell'inizio della procedura</p> <p>Registra i dati anagrafici del paziente</p>
Verifica che tutto sia pronto per iniziare la procedura	Coadiuvare il medico nella vestizione sterile

P.T.C.A.
ESECUZIONE

STRUMENTISTA	INFERMIERE DI SALA
<p>Porge il materiale occorrente al medico dopo averlo accuratamente lavato nella fisiologica eparinata</p> <ul style="list-style-type: none"> - ago arteriale - catetere guida - catetere con palloncino - guida per angioplastica - eventuali stent 	<p>Segue l'esame al fisiopoligrafo</p> <p>Controlla i parametri vitali del paziente per tutta la procedura</p> <p>Porge allo strumentista i materiali necessari all'esecuzione della procedura (guida, cateteri ecc.)</p>
<p>Posiziona il cash in base alle proiezioni scelte dal medico</p>	<p>Segnala tempestivamente qualsiasi anomalia intervenga durante l'esame</p> <p>Fornisce il materiale richiesto</p>
<p>Coadiuvava il medico nella varie manovre, ma compie atti rivolti direttamente al paziente (non inietta il mezzo di contrasto e/o farmaci in coronaria e non manovra il filo guida in aorta)</p>	<p>Somministra farmaci su prescrizione verbale del medico operatore e dell'anestesista (successivamente verranno registrate in cartella clinica)</p> <p>Scarica sul registro di sala i materiali usati, annota il tempo e le atmosfere dei gonfiaggi e l'eventuale posizionamento di stent</p>
<p>Preleva campioni di sangue per la determinazione del tempo di coagulazione secondo necessità</p>	<p>Introduce il sangue nell'apposita provetta fino al livello indicato e la inserisce nell'apparecchio che misura il tempo di coagulazione.</p>
<p>Smantella il campo</p>	<p>Informa il medico circa il valore dell'ACT</p>
<p>Si sveste</p>	<p>Aiuta la svestizione</p>
<p>Se i valori dell'ACT permettono la decannulazione il medico si attiva per compiere tale azione</p>	<p>Porge il materiale occorrente: tamponi medicati, fascia elastica</p>
<p>Se i valori risultano alterati il medico fissa l'introduttore con un punto di sutura</p>	<p>Porge ago di sutura</p> <p>Esegue medicazione con tamponi medicati, cerotto</p> <p>Applica sol.fisiologica 1000 ml di lavaggio a pressione in infusione lenta</p>
<p>Chiude il contenitore dei rifiuti speciali</p>	<p>Rimuove gli elettrodi applicati al paziente</p>

Autore

**Dirigente Servizio Assistenza infermieristica ed Ostetricia - ACO San Filippo Neri - Roma*

bibliografia

1. Pontello Giuseppina: "Il management infermieristico, organizzare e gestire i servizi infermieristici negli anni 2000, Masson editore, 1999
2. Massei Alessandra: "Dirigere i servizi infermieristici", CUSL Edizioni, 1992
3. Bernard Framan: "Il Manuale della qualità", Franco Angeli Editore, 1996
4. Motta Maurizio / Mondino Franco: "Progettare l'assistenza, qualità e diritti nei servizi", La Nuova Italia Scientifica Editore, 1996
5. Borgonovi Elio: "Gestione Aziendale per la sanità", Rivista "Azienda Pubblica", Giuffrè Editore, Milano, Gennaio, 1989
6. Della Volta Sergio: "Malattie del Cuore e dei Vasi", Mc Graw-Hill Editore, 1996
7. Autori Vari: "Nursing in Cardiologia 2000", Atti delle giornate del personale infermieristico tecnico di cardiologia, XXXI Congresso Nazionale ANMCO, Edizioni Cardiologiche Ospe-daliere, 2000
8. L.S. Brunner / D.S. Saddarth: "Nursing Medico Chirurgico", Ambrosiana Editore, 1999
9. R. Chionin / A. Ramondo, "Emodinamica: procedure interventistiche", Mc Graw-Hill Editore, 1996
10. Sito www.scroce.sanitacn.it, connessione in data 01.03.2002

Sono un'infermiera diplomata nel 1991 e mi sono trasferita a Roma nel febbraio scorso. Arrivo da Torino dove ho lavorato per 10 anni in aziende pubbliche ed ora qui a Roma sono dipendente di un'azienda privata.

L'impatto con la sanità romana è stato per me piuttosto traumatico. A dire il vero mi sembrava di essere tornata indietro di dieci anni (anche se sicuramente ho visto solo una piccola parte e probabilmente la peggiore). Ma quel che più mi ha sconvolta e che vorrei sottoporre alla vostra attenzione è il modo di gestire la turnistica del personale; mai avevo visto infermieri fare i doppi turni come se fosse una cosa normale e soprattutto mi sono stupita nel vedere che il quadro mensile dei turni appare già con le cosiddette "lunghe" e che nessuno dei miei colleghi sia minimamente preoccupato di dover prestare servizio per 17 ore consecutive magari in una terapia intensiva.

So che questo avviene un po' dappertutto, ma mi chiedo perché sia normale utilizzare un metodo che mi risulta non essere affatto conforme alle normative vigenti. Per giunta, chi come me non accetta assolutamente di fare il doppio turno soprattutto per coscienza professionale (ho lavorato 10 anni in area critica e sono convinta che dopo 15 ore di lavoro le mie capacità professionali non possano essere adeguate alle richieste dei miei pazienti), si trova in una spiacevole condizione in quanto appare ostruzionista. Inoltre, essere disponibili a fare le "lunghe" significa spesso poter chiedere cambi di turno o altri "favori" senza avere difficoltà. Perché almeno il Collegio, che dovrebbe

be tutelare i propri iscritti ma soprattutto la professione, non interviene a questo proposito?

Grazie per l'attenzione

Lettera firmata

Cara collega,
mi permetta prima di tutto di darle il benvenuto a Roma, dove la sanità ha sfaccettature e problematiche diverse, in molti casi peculiari di una capitale con tutto ciò che ne consegue.

Comprendo perfettamente il suo disagio nel dover affrontare una realtà così diversa da quella che ha lasciato a Torino. Diversa nel bene e nel male, s'intende. Avrò modo certamente di apprezzare quanto di buono offre la sanità romana, i suoi punti di eccellenza, al di là di specifiche situazioni di degrado e inefficienza che pure esistono.

A Roma si concentra infatti una domanda di salute che va ben oltre quella della sua popolazione residente, già di per sé enorme. Le strutture pubbliche e private della città sopportano il consistente peso della "migrazione sanitaria", costituendo un punto di riferimento per tutta Italia, in particolare per il Centro-Sud.

Una premessa che, abbinata alla grave carenza di infermieri, ci porta dritti al cuore del problema da lei sollevato: l'utilizzo improprio e inaccettabile del personale infermieristico.

E' forse proprio per via del perdurare di tale situazione che, negli anni, gli infermieri romani si sono quasi rassegnati a dover sopportare carichi di lavoro abnormi. Un atteggiamento,

questo, che se da un lato risulta censurabile nell'ottica dell'efficienza professionale che lei giustamente rimarca, dall'altro attesta l'impegno straordinario e determinante di tanti colleghi per garantire ai cittadini livelli accettabili di assistenza. Non so, cara collega, quante altre figure professionali possano affermare di fare altrettanto per salvare la faccia, e il cuore, della sanità. La questione delle turnazioni è la punta di un iceberg che pesa come un macigno sulle spalle degli infermieri romani. Si tratta di un tema che attiene all'ambito dell'organizzazione del personale nei singoli luoghi di lavoro e dunque di pertinenza sindacale. Per sua stessa natura, il Collegio non può intervenire specificamente sulle aziende e le altre strutture sanitarie.

Diverso è invece il discorso trasferito sul piano della professionalità. Come lei nota opportunamente, il doppio turno non garantisce il livello qualitativo della prestazione professionale. Ciò che il Collegio può fare è dunque reclamare con ogni utile mezzo la copertura dei posti in organico che è alla base del ricorso ai doppi turni. Ed è quanto

il Collegio di Roma sta facendo con un impegno straordinario che evidentemente lei ignora.

Affatto rassegnato alla mancanza di strumenti per l'intervento diretto nel campo delle assunzioni, il Collegio ha intrapreso da tempo una vasta azione di "pressing" a tutti i livelli e in ogni sede. Le sollecitazioni formali e informali alle aziende sanitarie e ospedaliere, ai loro direttori generali, agli assessorati regionali competenti e al Governo si contano a centinaia. E in qualche caso siamo riusciti nell'intento di sbloccare concorsi, farne bandire di nuovi, dar corso alle assunzioni programmate. E' una lotta quotidiana contro la lentezza della burocrazia e la carenza di risorse economiche, contro inefficienze e interessi diversi da quelli dei cittadini che non intendiamo abbandonare. Una lotta che tuttavia non può essere opera esclusiva del Collegio, ma che ha bisogno dell'apporto di tutti gli infermieri, quotidianamente, sul proprio posto di lavoro, per quanto possono fare, lei compresa.

G. Rocco

Tra le lettere pervenute per questa rubrica
ve se sono alcune non firmate.

Ricordiamo che la mancanza del recapito
del mittente ci impedisce di rispondere
con lo stesso mezzo e ci impone di non
tenere

in considerazione le lettere anonime ai fini
della pubblicazione.

l'inserto

**Tre anni
di conquiste
ora
raccoltiamo
i frutti**

Un'attività intensa tra corsi di formazione,
aggiornamento e congressi

Il Collegio in campo

Il processo di cambiamento che ha investito il SSN Italiano e la professione infermieristica in particolare, ha indotto il Consiglio Direttivo del Collegio IPASVI di Roma a continuare sulla strada intrapresa, organizzando in maniera capillare, a livel-



lo di singola ASL, della giornate di studio sull'esercizio della professione infermieristica nell'era post-mansionario.

Gli incontri, dopo quelli già effettuati all'Università Cattolica del Sacro Cuore Policlinico Gemelli, all'Azienda Ospedaliera San Camillo-Forlanini e all'Azienda Ospedaliera San Filippo Neri, sono proseguiti nell'anno 2000 alla ASL RM B Ospedale S. Pertini, alla ASL RM E Ospedale S. Spirito, all'IRCSS S. Lucia, alla ASL RM D Ospedale G. B. Grassi, all'Azienda Ospedaliera S. Giovanni Addolorata.

Le ulteriori modificazioni legislative intervenute nell'anno 2001 hanno imposto l'organizzazione di ulteriori giornate itineranti, rivedute e corrette nelle tematiche trattate. Gli incontri si sono svolti all'Azienda Ospedaliera S. Giovan-

L'istituzione dei Collegi, i primi congressi, l'ingresso degli uomini in una professione fino ad allora prettamente femminile. E poi le tappe della formazione, dai diplomi universitari alle lauree specialistiche, le conquiste nei campi dell'autonomia e della responsabilità, dall'abolizione del mansionario alla dirigenza infermieristica.

Ne hanno fatta di strada gli infermieri da quando, neanche troppo tempo fa, svolgevano una professione non riconosciuta come tale, considerata piuttosto un'attività sanitaria ausiliaria, di contorno, diciamo pure di serie B. Una strada lunga, tortuosa, irta di insidie, di ostacoli talvolta frapposti intenzionalmente sul cammino di una professione la cui evoluzione, evidentemente, fa paura a più

ni Addolorata, all'Azienda Ospedaliera S.Camillo-Forlanini, alla ASL RM C Ospedale CTO, alla ASL RM E Ospedale S.Spirito, alla ASL RM H sede di Ariccia, al Policlinico Militare del Celio, alla ASL RM D Ospedale G.B.Grassi, alla ASL RM F Ospedale di Bracciano, all'Ospedale Bambino Gesù di Roma, al Centro Clinico Colle Cesarano di Tivoli e all'IRCSS Ospedale Regina Elena-S.Raffaele-IFO.

Altre iniziative, nel corso del triennio, sono nate per la collaborazione tra il Collegio IPASVI di Roma ed altre associazioni o istituzioni.

Nel 2000, in collaborazione con l'IDI e l'ANIN si è svolto il convegno su "La verità al malato: informazione e privacy nell'assistenza infermieristica", nel quale si è parlato dell'importanza delle informazioni in ambito sanitario e della tutela della riservatezza delle stesse, nonché dell'importanza del Codice Deontologico nell'agire professionale dell'infermiere.

Fiore all'occhiello del Collegio, per l'anno 2000, è stata la prima Conferenza Italo-Statunitense degli Infermieri, una due giorni memorabile culminata con la presentazione dei lavori al Papa. Il meeting, svoltosi nella prestigiosa sede del CNR di Roma, è stato organizzato dal Collegio IPASVI di Roma in collaborazione con la University of Nebraska e l'Università Campus Biomedico di Roma. L'argomento, "Il sapere infermieristico in una prospettiva internazionale", ha offerto un interessan-

te piano di confronto sui temi della ricerca, della pratica e dell'educazione all'assistenza infermieristica.

Con l'ANOTE è stato realizzato un corso di aggiornamento in endoscopia digestiva nel mese di ottobre 2000.

Con la collaborazione del Ministero di Grazia e Giustizia si è svolto, nel mese di novembre 2000, il Convegno Nazionale degli Infermieri Penitenziari.

Alla fine del 2000 si è svolto il corso di formazione "Le fonti multimediali per la ricerca infermieristica. Metodologia, bibliografia e strumenti per l'apprendimento". Il corso, voluto con determinazione dagli organi direttivi del Collegio IPASVI di Roma, è stato organizzato con lo scopo di mettere a disposizione, a tutti coloro che intendono intraprendere la ricerca o a coloro che intendono esercitare l'aggiornamento scientifico e pratico delle discipline del nursing, le metodologie applicative per un proficuo impiego delle fonti bibliografiche. Il corso è stato ripetuto il 29-30 marzo e il 18-19 maggio 2001.

Il 2001 è stato inaugurato al CNR con il convegno su "La professione infermieristica, una nuova prospettiva per la persona".

Nel mese di febbraio 2001, presso la sede del Collegio IPASVI di Roma, si è svolto per cinque giorni il corso di formazione per Infermieri Dirigenti "Fondamenti concettuali e strumenti operativi per l'informatizzazione del servizio infermieristico. Dalla cartella infermieristica informatizzata al

di qualcuno.

Sappiamo bene chi eravamo e altrettanto bene sappiamo chi siamo oggi e chi vogliamo essere domani. Già perché il cammino intrapreso dalla professione infermieristica non è affatto concluso. In linea con quanto accade nei Paesi a sanità più avanzata, l'infermiere italiano deve ancora conquistarsi sul campo ciò che ha ottenuto sulla carta a suon di dure battaglie e di grande impegno. Per dirla con lo slogan coniato dalla Federazione dei Collegi IPASVI in occasione del suo ultimo congresso nazionale, è il momento di raccogliere i frutti, consapevoli che ad ogni semina, affinché questa sia utile, deve seguire necessariamente un raccolto.

sistema informatico direzionale ". Durante gli incontri si è dibattuto sulle novità legislative e sullo stato dell'istituzione del Servizio Infermieristico nelle varie realtà della Regione Lazio, nonché su un modello di Servizio Infermieristico Aziendale scaturito da un lavoro di gruppo. Il corso, grazie anche ad una giornata dedicata all'esercitazione pratica in un'aula didattica informatizzata, ha fornito ai venti Infermieri Dirigenti partecipanti i principali elementi conoscitivi in merito alle moderne tecniche di gestione informatizzata, a livello direzionale, organizzativo-gestionale e clinico.

In collaborazione con l'IDI, nel mese di aprile 2001, è stato organizzato un convegno su "Le carriere infermieristiche inesplorate: l'esperto clinico", in cui si è parlato di questa nuova figura e dell'ampia possibilità di sviluppare una nuova carriera densa di soddisfazioni, dove l'esperto sarà anche relatore e docente

nei convegni e nei masters universitari. Presso l'Azienda Ospedaliera S.Giovanni-Addolorata, nel mese di maggio 2001, si è svolta una giornata di studio per Infermieri di Dialisi, in cui sono stati trattati temi relativi all'informatizzazione in dialisi, agli aspetti giuridico-normativi della professione, alla prevenzione delle infezioni ospedaliere.



In collaborazione con l'IDI, nel mese di novembre 2001, si è svolta una giornata di studio sul paziente dermatologico. Nell'Università Lateranense, nel primo convegno del 2002, si è

trattato il tema "ECM-Educazione Continua in Medicina: normativa e modalità applicative". L'argomento ha destato notevole interesse, sia per la curiosità suscitata dalla nuova normativa che impone l'aggiornamento obbligatorio di tutti gli operatori sanitari, dipendenti o liberi professionisti, sia per il desiderio di conoscere in quale modo possano essere realizzati i cre-

In questi ultimi anni, ciò che ha più caratterizzato la crescita degli infermieri è il ritrovato orgoglio professionale. Vero è che in troppi luoghi di lavoro le condizioni generali sono ancora lontane da quella che gli infermieri, a buon diritto, reclamano. Ma è pur vero che la consapevolezza di essere riconosciuti oggi come professionisti della salute autonomi, autorevoli e indispensabili dà agli infermieri la forza orgogliosa per superare quelle barriere che per troppo tempo hanno impedito la piena maturazione della professione.

E l'orgoglio si rafforza nella convinzione che tutto ciò è dovuto all'impegno degli infermieri e di nessun altro, alla loro caparbità, alla forza che hanno dimostrato di avere respingendo gli attacchi provenienti da altre professioni, da

diti per l'ECM. Nel pomeriggio c'è stata una sessione dedicata alle problematiche relative alla Cassa IPASVI.

"Personalizzare l'assistenza: la documentazione infermieristica" è il titolo del convegno tenutosi all'Università degli Studi di Roma La Sapienza-Policlinico Umberto I° nel mese di febbraio 2002.

In collaborazione con la SICOP, durante il

secondo congresso regionale, è stato realizzato il Simposio Satellite per Infermieri, svoltosi alla scuola di Sanità Militare della Cecchiagnola, a Roma.

In collaborazione con l'ACOI, durante il XXI Congresso Nazionale, è stato realizzato il Simposio Satellite per Infermieri, svoltosi al Palazzo dei Congressi dell'Eur.

Certamente, però, il maggiore sforzo organizzativo del triennio, dopo mesi di intenso lavoro di ricerca, in collaborazione con associazioni ed istituzioni infermieristiche del Canada, della California, del-

l'Australia, della Gran Bretagna, della Spagna, della Francia e della Svezia, è stato sostenuto dal Collegio IPASVI di Roma per organizzare il Congresso Internazionale "Problemi prioritari di salute, dall'infermiere specializzato all'esperto clinico: un confronto internazionale". L'obiettivo è stato quello di realizzare un confronto con i colleghi di altri Paesi nell'ambito dello svi-

luppo delle competenze in ordine alle aree di specializzazione del nursing. Il primo tema trattato è stato il contesto organizzativo e formativo dell'infermiere, con una panoramica sulla si-

tuzione nazionale e un confronto con le realtà straniere. Successivamente sono state proposte riflessioni sulle cinque aree di competenza specifica già previste dal Profilo Professionale, alle quali sono state dedicate sessioni specifiche: Sanità Pubblica, Area Critica, Area Pediatrica, Igiene Mentale e Psichiatria, Geriatria.

In collaborazione con l'Azienda Ospeda-



interessi ben lontani da quelli dei cittadini. Se oggi la professione infermieristica è una realtà incontestabile sui piani dell'iter formativo, dello status giuridico e dell'autonomia lo si deve proprio agli infermieri, che hanno saputo organizzarsi, rivendicare e ottenere senza mai dimenticare la peculiarità del loro ruolo e i bisogni della persona malata. Un'impresa di crescita che, francamente, non ha pari se rapportata alle altre professioni italiane, sanitarie e non.

Eppure tutto ciò non basta né può bastare per una professione cruciale come quella infermieristica che deve ancora impegnarsi su diversi fronti. A partire dall'effettiva responsabilizzazione all'interno delle strutture sanitarie e da un riconoscimento economico adeguato alle sue nuove attribuzioni e alle garanzie



liera S.Camillo-Forlanini, nel mese di settembre 2002, si è svolta una giornata su "Chirurgia specialistica: esperienze di approccio multidisciplinare".

Nel mese di ottobre, in occasione delle Giornate Itineranti, si sono svolti aggiornamenti in area psichiatrica a Colle Cesarano (Tivoli) e per infermieri dei centri di medicina legali INPS ed INAIL presso l'istituto delle Suore Rosminiane a Roma. Sempre nel mese di ottobre, presso l'Azienda Ospedaliera S.Giovanni-Addolorata, è stato organizzato un corso di aggiornamento in dialisi.

Tale corso è stato ripetuto in altre due edi-

zioni: la prima presso l'Aula Magna del Policlinico Umberto I il 30 novembre; la seconda presso l'Istituto Suore Rosminiane il 17 dicembre.

In collaborazione con l'ANMRS, in occasione del XXXI Congresso Nazionale, presso l'ospedale Fatebenefratelli di Roma, è stato organizzato il Simposio Satellite per Infermieri.

Nel dicembre 2002, in collaborazione con il Coordinamento Capo Sala Regione Lazio, è stato organizzato il convegno "Coordinamento e management infermieristico: aspetti formativi, organizzativi-gestionali e di ricerca".

sociali proprie di una professione che si è data come regola l'aggiornamento continuo.

Un contributo chiaro ed importante alla definizione dei prossimi obiettivi da cogliere è venuto dal XIII Congresso Nazionale della Federazione IPASVI, svoltosi a Roma nel settembre scorso e intitolato significativamente "Le nuove frontiere della salute". Tre giornate in cui oltre cinquemila infermieri di tutta Italia si sono confrontati sulle necessità, le priorità e le strategie operative da adottare. L'appuntamento congressuale ha indotto inoltre una riflessione complessiva sul triennio che va chiudendosi e sui traguardi da tagliare nei prossimi tre anni.

Gli scambi, i viaggi di studio, gli incontri,
il confronto internazionale

Infermieri senza frontiere

Lo scambio di esperienze, conoscenze, tecniche, ma anche la condivisione di un rapporto al tempo stesso umano e professionale. Agli incontri con i colleghi di altri Paesi il Collegio ha dedicato grandi energie nell'ultimo triennio. La conoscenza diretta delle realtà sanitarie estere ha consentito a tanti colleghi di vivere un confronto costruttivo ed emozionante attraverso i numerosi incontri e viaggi internazionali organizzati dal Collegio. Eccone un sintetico rendiconto.

Anno 2000

Viaggio di studio in Israele
Visite in strutture ospedaliere, territoriali e didattiche delle città di Tel Aviv, Gerusalemme, Betlemme, Nazareth.

Anno 2001

Viaggio di studio in California



E' in questa chiave che Infermiere Oggi intende ripercorrere le principali tappe che hanno caratterizzato l'azione del Collegio di Roma nell'ultimo triennio, per capire meglio a che punto eravamo, dove siamo adesso e dove potremo arrivare.

A scandire nell'ultimo periodo la crescita professionale degli infermieri è stata un'attività legislativa finora inedita che segue il progressivo riconoscimento formale dell'importanza della professione, culminata nel triennio precedente con il varo della legge 42/99, secondo cui, in virtù del nuovo profilo professionale, requisito per l'accesso alla qualifica di infermiere è il diploma di laurea. Con questa norma cade definitivamente il dettato del regolamento 225/74 che fino

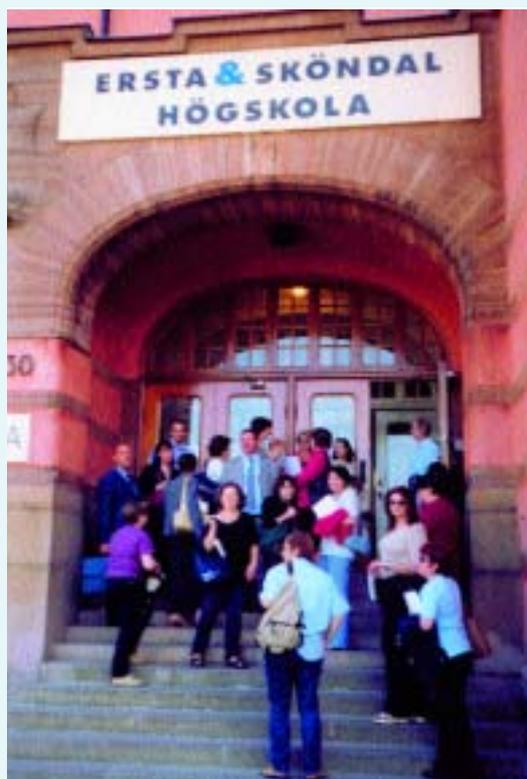
Visite in strutture ospedaliere, universitarie, istituzionali presso le città di San Francisco (University of California San Francisco-UCSF, School of Nursing; California Pacific Medical Center), Las Vegas (Sunrise Hospital and Medical Center, Sunrise Children's Hospital), Los Angeles (Cedars-Sinai Medical Center; Providence Saint Joseph Medical Center di Burbank).

Anno 2002

Viaggio di studio in Danimarca e Norvegia

Visite in strutture ospedaliere, universitarie, istituzionali presso le città di Copenaghen e Oslo.

In occasione del congresso internazionale organizzato a Roma per il 22-23-24 maggio sono stati attivati incontri e formalizzati accordi con i colleghi: Dyanne Affonso - Dean of Nursing University of Toronto (Canada); Janet Aylward - Community



Nursing Service Manager Luton (Gran Bretagna); Marianne Bengtsson - Swedish Red Cross University College of Nursing Stoccolma (Svezia); Tracey Bucknall - Associate professor School of Postgraduate Nursing, Melbourne (Australia); Jean-Pierre Durand - Cadre Infermière Supérieur Centre Santé Mentale Angevien Angers (Francia); Wendy Jehan - Community Nursing Service Manager Luton (Gran Bretagna); Georges Joniaux - Direttore Servizio Infermieristico Ospedale

le Bretonneau Parigi (Francia); Sally Kendall - Director of CRIPACC, Professor of Nursing University of Hertfordshire (Gran Bretagna); Tiziana Rivera - Clinical Nurse Specialist/Nurse Practitioner Baycrest Centre for Geriatric Care Toronto (Canada); Bonnie Stevens - Professor Faculties of Nursing Medicine Hospital for Sick Children Toronto (Canada); Cynthia Struthers - Di-

ad allora aveva inquadrato i compiti e le mansioni dell'infermiere e che anzi viene espressamente abrogato.

Tramonta così la figura dell'"infermiere generico", prevista dal regolamento del 1974, con conseguente previsione del mantenimento ad esaurimento di tale ruolo e dell'assorbimento delle sue funzioni nella figura dell'infermiere professionale. E' il secondo passo normativo nella direzione di un'evoluzione della professione infermieristica non più procrastinabile, dopo l'addio alla figura dell'"ausiliario" sancito per legge nel 1996.

Il lavoro incessante e testardo dei Collegi e della Federazione IPASVI, le pressioni che gli organi rappresentativi degli infermieri italiani hanno esercitato a



rector Clinical and Advanced Practice Nursing Hospital for Sick Children Toronto (Canada); Miguel Solsona Valero – Responsabile Area Salute Mentale Collegio Oficial d’Infermeria de Barcelona (Spagna).

Presso la sede del Collegio IPASVI di Roma si è tenuto un incontro con i direttori amministrativi e gli operatori sanitari provenienti da Amtsradsforeningen, Amterne e CSC Scandihealth (Danimarca).

Presso la sede del Collegio IPASVI di Roma

si è svolto a settembre l’incontro con gli studenti del terzo anno di corso per infermieri del Centre Hospitalier Intercommunal Poissy St-Germain en Laye (Germania) e dell’Institut de Formation en soins Infermiers (Francia).

In occasione del XIII Congresso Nazionale della Federazione IPASVI, il presidente del Collegio ha stipulato nuovi accordi di collaborazione con i colleghi Dyanne Affonso (USA) e Tiziana Rivera (Canada).

tutti i livelli e a più riprese hanno determinato la nascita di un nuovo quadro normativo che la professione inseguiva da tempo.

Conquiste concretizzate proprio nell’ultimo triennio con almeno quattro fra decreti ministeriali e leggi dello Stato: il DM del 27 luglio 2000 “Equipollenza di diplomi e attestati al diploma universitario di infermiere ai fini dell’esercizio professionale e dell’accesso alla formazione post base”; la Legge 251 del 10 agosto 2000 “Disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione nonché della professione ostetrica”; i DM del 2 aprile 2001 “Determinazione delle classi delle lauree universitarie delle professioni sanitarie” e “Determinazione delle classi delle lauree specialistiche uni-

Lettura ragionata del profilo professionale dell'infermiere

Chi siamo oggi?

La professione sanitaria di infermiere ha una propria specificità e identità culturale il cui campo d'azione è sintetizzabile nel "prendersi cura della persona e della collettività". Questo concetto esprime l'ambito di competenza dell'infermiere:

- promozione di stili di vita sani;
- prevenzione delle malattie;
- assistenza ai malati;
- riabilitazione;

L'assistenza infermieristica è di natura tecnica, relazionale, educativa; essa è fondata su competenze cognitive, comunicative, gestuali acquisite nel Corso Universitario di Laurea in Infermieristica e sviluppate con la formazione post-base e permanente, con l'esperienza, con la ricerca.

L'infermiere in possesso della Laurea in Infermieristica e dell'iscrizione all'Albo, è responsabile dell'assistenza generale infermieristica partecipa alla formazione, pro-

fessionale e del personale di supporto, educa all'auto-cura, coinvolge la famiglia e le persone di riferimento dell'assistito.



versitarie delle professioni sanitarie”; la Legge 1 dell’8 gennaio 2002 “Conversione in legge, con modificazione del Decreto-Legge 12 novembre 2001, n. 402, recante disposizioni urgenti in materia di personale sanitario”, la cosiddetta legge sull’emergenza infermieristica.

Dietro ai numeri e alle date di ogni singolo provvedimento legislativo si cela una conquista ulteriore per la professione infermieristica, finalmente in linea con la necessaria armonizzazione europea.

La Legge 251/00 stabilisce che gli infermieri in possesso dei titoli di studio rilasciati con i precedenti ordinamenti possono accedere alla laurea di secondo livello in Scienze Infermieristiche. Passa così il principio dell’equipollenza dei



In modo più specifico, l'infermiere: partecipa all'identificazione dei bisogni di salute della persona e della collettività; identifica i bisogni di assistenza infermieristica della persona e della collettività, formula i relativi obiettivi, pianifica, gestisce e valuta l'intervento assistenziale in-

fermieristico operando in completa autonomia decisionale;

- garantisce la corretta applicazione delle prescrizioni diagnostico-sanitarie; agisce sia individualmente che in collaborazione con gli altri operatori sanitari e sociali;
- per l'espletamento delle funzioni si avvale, ove necessario, dell'opera del personale di supporto;
- svolge la sua attività professionale in strutture sanitarie pubbliche e private, nel territorio e nell'assistenza domiciliare, in regime di dipendenza o libero-professionale.

L'infermiere svolge la propria attività a favore di varie tipologie di persone: dal neonato, all'adulto, all'anziano, non solo quando tali persone sono malate ed a volte in forte pericolo di vita, ma anche quando sono sane per aiutarle a preservare la salute.

Relazionarsi con queste diverse tipologie di persone richiede all'infermiere un impegno emotivo a volte molto forte, ma è proprio dalla relazione che l'infermiere trae la maggior parte delle proprie gratificazioni: "sentirsi utile" è una sensazione costante per l'infermiere durante la sua attività.

FONTE: FEDERAZIONE IPASVI – WWW.IPASVI.IT

titoli ai fini della prosecuzione degli studi. Ma la sua importanza consiste soprattutto nel riconoscimento formale della dirigenza che apre agli infermieri le porte per l'accesso alla nuova qualifica unica di dirigente del ruolo sanitario a cui è attribuita la responsabilità e la gestione dell'assistenza infermieristica e dell'organizzazione del lavoro.

I decreti del 2001 sulla determinazione delle classi di laurea delle professioni sanitarie si inquadrano nel più ampio processo di riforma dell'Università, in armonia con lo scenario europeo: i corsi di diploma universitario per infermiere si trasformano perciò in laurea triennale ed esordisce la laurea specialistica in Scienze Infermieristiche e Ostetriche, a cui si accede sulla base dei crediti ac-

I primi passi del nuovo Codice Deontologico

Dai principi all'azione quotidiana

Gli ultimi tre anni hanno segnato l'esordio sul campo del nuovo Codice Deontologico, approvato nel 1999 con l'obiettivo di definire le caratteristiche della mission infermieristica, all'insegna dell'autonomia professionale e dei principi ispiratori del Patto Infermiere-Cittadino. Il Codice Deontologico oggi in vigore è suddiviso in sette articoli.

Il primo articolo definisce l'identità e la mission dell'infermiere, indicandone le responsabilità e sottolineando l'importanza della partecipazione alla vita degli organismi professionali, luogo di elaborazione e costruzione della cultura infermieristica. Nel secondo articolo si elencano i principi etici della professione: partendo dall'assunzione dei fondamentali diritti umani, l'infermiere è tenuto ad impegnarsi per

un'assistenza che non discrimini ma che piuttosto valorizzi le diversità caratteristiche della società. Non manca tra i principi etici la consapevolezza della funzione manageriale dell'infermiere che, si legge, "contribuisce a rendere eque le scelte allocative, anche attraverso l'uso ottimale delle risorse".

L'articolo 3 è dedicato soprattutto all'agire infermieristico, del quale si richiamano le necessarie premesse di formazione e di aggiornamento: una forte sottolineatura è riservata al legame tra conoscenza e responsabilità e al valore dell'integrazione tra professionisti, definita "la migliore possibilità per far fronte ai problemi dell'assistito".

Il quarto articolo è dedicato ai rapporti con l'assistito, così come discendono dal Patto

quisiti nella formazione di base. Nella specifica classe di laurea riservata alle professioni sanitarie infermieristiche e alla professione sanitaria ostetrica sono collocati i profili dell'infermiere, dell'ostetrica e dell'infermiere pediatrico.

La prima legge del 2002, la numero 1/02, riguarda da vicino gli infermieri e nasce sulla spinta dell'emergenza infermieristica. In realtà, la norma fissa alcuni principi di carattere più generale.

In particolare, riconosce agli infermieri dipendenti del Servizio Sanitario Nazionale la possibilità di svolgere l'attività libero-professionale all'interno delle strutture dell'amministrazione per cui lavorano per garantire, attraverso prestazioni aggiuntive, gli standard assistenziali che altrimenti sarebbero impossibili

tra infermiere e cittadino del 1996. Ampio spazio è dato ai temi della comunicazione: non solo il diritto-dovere di ricevere e fornire informazioni sulla vicenda clinica e assistenziale, ma un più largo impegno ad ascoltare e coinvolgere il paziente per valutare insieme le scelte e raggiungere risultati che siano insieme di comprensione, riservatezza e fiducia. Il successivo articolo 5 analizza invece i rapporti professionali con i colleghi e con gli altri operatori della sanità, che si fondano sull'idea di cooperazione e collaborazione, con un forte richiamo agli strumenti utilizzabili per superare le situazioni critiche, che vanno dalle forme di autovalutazione e verifica al ricorso alle



strutture della professione, a partire dai Collegi.

L'articolo 6 puntualizza i rapporti dell'infermiere con le istituzioni, suggerendo un compito che va oltre la tutela del proprio ruolo: "L'infermiere, ai diversi livelli di responsabilità, contribuisce ad orientare le politiche e lo sviluppo del sistema sanitario, al fine di garantire il rispetto dei diritti degli assistiti, l'equo utilizzo delle risorse e la valorizzazione del ruolo professionale".

Il settimo ed ultimo articolo definisce la portata del Codice Deontologico, indicando come le norme in esso contenute siano vincolanti e come la loro inosservanza possa essere punita dai Collegi professionali.

da erogare ai cittadini-utenti per la grave carenza di infermieri.

Si prevede a questo scopo la possibilità di riammettere in servizio gli infermieri che abbiano volontariamente risolto il rapporto di lavoro, stipulando contratti a tempo determinato. La legge definisce poi le funzioni dell'operatore socio-sanitario, ribadendo che questa figura svolge le sue attività sotto lo stretto controllo del responsabile dell'assistenza infermieristica. Valorizza inoltre la formazione complementare e attribuisce lo status di titolo valutabile ai fini della carriera ai master e agli altri corsi post base. Sancisce in pratica l'autonomia professionale e formativa degli infermieri nell'ambito di nuove responsabilità e di un percorso di formazione di livello europeo.

L'evoluzione legislativa della professione
infermieristica vista dall'esperto

Una crescita lunga dieci anni

L'incidenza della riforma sanitaria - iniziata con il D.lgs. 30 dicembre 1992, n.502 - sulla professione infermieristica è stata senz'altro molto profonda e complessa.

Nell'ottica del "riordino della disciplina in materia sanitaria", così è rubricato il D.lgs. 502/92, l'art.1 di detta normativa impone "la tutela della salute come diritto fondamentale dell'individuo e interesse della collettività"; tale tutela "è garantita nel rispetto della dignità e della libertà della persona umana" ed è assicurata attraverso "livelli essenziali ed uniformi di assistenza".

Quindi, il diritto alla salute è sancito quale diritto fondamentale dell'uomo così co-

me previsto dall'art. 32 della Costituzione. L'incidenza della complessa riforma della sanità sulla professione infermieristica si coglie appieno dal disposto dell'art.6, comma 3, D.lgs. 502/92, a mente del quale "la formazione del personale sanitario infermieristico, tecnico e della riabilitazione avviene in sede ospedaliera ovvero presso altra struttura del Servizio Sanitario Nazionale e istituzioni private accreditate".

Si afferma anche, e ciò è particolarmente significativo, che "il Ministro della Sanità individua con proprio decreto le figure professionali da formare ed i relativi profili".

Quindi, l'ontologia ed i limiti della profes-

Tutto ciò è avvenuto in un periodo in cui la carenza di personale infermieristico è divenuta esplosiva, guadagnando l'attenzione dei media e spesso la ribalta della cronaca. Forse mai come in quest'ultimo triennio, la società si accorge del ruolo cruciale degli infermieri nella sanità nazionale. Il tutto mentre il numero degli infermieri in attività in Italia negli ultimi tre anni cresce: da poco più di 319 mila nel 1999 agli oltre 322 mila del 2001.

E' il segno evidente che l'avvenuto sblocco dei concorsi in alcune grandi strutture sanitarie non è bastato ad arginare una carenza enorme di personale infermieristico, che non assume risvolti drammatici solo per il grande e responsabile sforzo che gli infermieri sostengono sottoponendosi a doppi e tri-

sione infermieristica sono riservati alle massime autorità competenti, uniche in grado di formare e di collocare l'infermiere, non più piccolo ingranaggio, nella macchina costruita per garantire ed assicurare il diritto fondamentale alla salute.

E piace a chi scrive ricordare che proprio ai sensi dell'art.6, comma 3, *"i diplomi conseguiti sono rilasciati a firma del responsabile del corso e del rettore dell'Università competente. L'esame finale ... abilita all'esercizio professionale. Nelle commissioni di esame è assicurata la presenza di rappresentanti dei Collegi professionali"* e, tra essi, quindi, il Collegio IP.AS.VI.

Qual è l'effetto di tale riforma?

Non esiste più la distinzione fra infermiere professionale ed infermiere generico come accadeva nel previgente ordinamento sanitario che tale distinzione aveva accolto con il D.P.R. 14 marzo 1974, n.225: quella dell'infermiere è una figura unitaria. E' una figura professionale che si vuole particolarmente qualificata.

In linea con la via eletta dal d.lgs. 502, la legge 26 febbraio 1999, n. 42, afferma all'art.1 che *"la denominazione professione sanitaria ausiliaria nel testo unico delle leggi sanitarie, approvato con Regio Decreto 27 luglio 1934, n.1265, e successive modificazioni, nonché in ogni altra disposizione di legge, è sostituita dalla denominazione professione sanitaria"*, così affermando il principio della specificità e

della autonomia professionale di questa figura rispetto alle altre che operano nel sistema sanitario.

Con l'art.1, comma 2, viene meglio delineata la figura professionale dell'infermiere che è caratterizzata:

- dal codice deontologico
- dall'ordinamento didattico del diploma universitario per infermiere (tab. XVIII ter, che prevede un corso di tre anni)
- dal profilo professionale di cui al D.M. 739/94.

Questa è la dizione dell'art.1, comma 2, nella parte che qui interessa: *"il campo proprio di attività e di responsabilità delle professioni sanitarie di cui all'articolo 6, comma 3, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n.502,..., è determinato dai contenuti dei decreti ministeriali istitutivi dei rispettivi profili professionali e degli ordinamenti didattici dei rispettivi corsi di diploma universitario e di formazione post-base nonché di specifici codici deontologici..."*.

Il D.M. 14 settembre 1994, n. 739 è rubricato *"Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'infermiere"* ed è, appunto, quel decreto cui fanno riferimento tanto il d.lgs. 502, quanto la legge n. 42. Orbene, ai sensi del D.M. 739 *"E' individuata la figura professionale dell'infermiere con il seguente profilo: l'infermiere è l'operatore sanitario che, in possesso del*

pli turni di lavoro, operando con pochi mezzi, inventando ogni giorno le soluzioni ai mille problemi dell'assistenza.

E anche sul fronte della lotta all'abusivismo professionale infermieristico e al lavoro nero l'impegno è stato cospicuo. Dopo anni di richieste ed interpellanze, a partire dalle istanze presentate da alcuni Collegi e dalla Federazione nazionale, con il Collegato fiscale alla Legge Finanziaria del 2001 gli infermieri italiani hanno raggiunto un traguardo importante: la deducibilità delle prestazioni assistenziali. Fino ad allora, infatti, le sole spese sanitarie che il cittadino poteva detrarre erano quelle mediche.

Finalmente anche questa assurda distinzione è caduta, conferendo all'infer-

diploma universitario abilitante e dell'iscrizione all'albo professionale è responsabile dell'assistenza generale infermieristica".

Gli elementi costitutivi dello status di infermiere, dunque, sono:

- il possesso del titolo universitario (diploma/laurea)
- l'iscrizione al Collegio IPASVI

Senza tali elementi non vi è infermiere nel mondo del diritto.

Riepilogando, unico è il bene salute (art. 32 della Costituzione), unico il diritto fondamentale alla sua tutela (art.1 d.lgs. 502/92), unitario lo status giuridico dell'infermiere (nel senso che non esiste più la distinzione fra infermiere professionale ed infermiere generico, figura, quest'ultima, ad esaurimento e non più rigenerabile a far data dal 1 gennaio 1994) caratterizzato dall'iscrizione all'albo tenuto dal Collegio IP.AS.VI., dal possesso del titolo abilitante (D.M. 739/94). Le mansioni dell'infermiere, l'autonomia e la responsabilità sono da ricercarsi nel decreto del Ministro della Sanità n.739/94, nella sua formazione, nel codice deontologico (art.1, comma 2, L.42/99).

Queste considerazioni sono difficilmente controvertibili anche alla luce, ci si permetta un argomento suggestivo, del fatto che il personale infermieristico della Polizia di Stato svolge, tra le altre, anche attività di pronto soccorso nei confronti di tut-

ti i soggetti ed incide, quindi, direttamente sulla salute dei proprio dipendenti come anche dei cittadini (dello Stato o di altri Stati) eventualmente coinvolti, quindi sulla salute di ogni uomo.

E si sa, il bene salute è unico e non ammette discriminazioni o deroghe proprio in quanto diritto fondamentale.

A ulteriore conferma di quanto sopra esposto, si consideri che la legge, proprio in applicazione di quei principi di unitarietà ed omogeneità della "professione sanitaria", ha stabilito che requisito minimo necessario per esercitare detta professione è "il possesso del diploma di laurea" - l.341/90. L. 502/92 all'art. 6 comma 3 e l. 42/99 art. 1 comma 2 -.

La professione sanitaria viene peraltro identificata con un assai significativo rinvio alla legge n. 1265/34, proprio per intendere che è la professione sanitaria in quanto tale, in quanto cioè esercizio della funzione sanitaria in qualunque modo attuata da parte degli infermieri, a richiedere quale requisito minimo di base il possesso del diploma di laurea.

Sempre a mente della legge 42/99, - art 1 comma 2 - , la definizione delle mansioni e dei compiti degli infermieri, e dunque dei relativi profili professionali, avviene sempre ed unicamente nell'ambito della previsione della legge 502/92, e cioè sempre avendo quale punto di riferimento e requisito per l'accesso alla qualifica di in-

miere libero professionista il rango che gli compete anche sotto il profilo fiscale, nel doppio interesse del cittadino: economico e di qualità delle cure. E già nella dichiarazione fiscale del 2001, relativa ai redditi del 2000, molti italiani hanno scaricato dalle tasse le spese dell'assistenza infermieristica.

Dal canto suo, il Collegio di Roma ha proseguito sulla via intrapresa già nel precedente triennio, potenziando in modo particolare l'attività formativa e l'aspetto dell'aggiornamento professionale, ormai alla base della nuova carriera infermieristica. Da qui l'allestimento di una rete capillare di incontri nelle singole Aziende sanitarie di Roma e della provincia e di giornate di studio sull'esercizio della professione nell'era del post-mansionario. Le novità legislative

fermiere il diploma di laurea. Non è possibile, ed è anzi recisamente esclusa, qualsiasi deroga a tale disciplina e dalla data di entrata in vigore della legge n. 42/99 – febbraio - è anzi espressamente abrogato il regolamento n. 225/74. Tale abrogazione è di fondamentale importanza ai fini che qui ci interessano, in quanto con essa si è attuata l'abrogazio-

ne proprio del profilo professionale di "infermiere generico" prima previsto da tale regolamento, con conseguente previsione del mantenimento ad esaurimento di tale ruolo e dell'assorbimento delle relative funzioni nella figura dell'infermiere professionale.

Avv. Alessandro Cuggiani

Gli infermieri in Italia negli ultimi 45 anni

Anni	N. Iscritti						
1956	23.720	1968	33.045	1980	83.277	1992	215.054
1957	23.758	1969	34.530	1981	95.131	1993	240.280
1958	23.509	1970	37.259	1982	111.868	1994	263.246
1959	24.586	1971	39.308	1983	116.504	1995	286.386
1960	25.408	1972	42.248	1984	128.036	1996	303.740
1961	26.352	1973	48.512	1985	137.449	1997	311.775
1962	27.393	1974	58.038	1986	148.155	1998	318.263
1963	27.635	1975	67.973	1987	158.887	1999	319.277
1964	28.159	1976	71.817	1988	170.118	2000	319.123
1965	29.487	1977	73.524	1989	166.204	2001	322.074
1966	30.207	1978	77.615	1990	183.734		
1967	31.711	1979	75.566	1991	196.569		

intervenute nel 2000 e nel 2001 hanno imposto l'organizzazione di ulteriori giornate itineranti per la divulgazione degli aggiornamenti di legge. Forte è stato anche l'impegno nella collaborazione con associazioni e istituzioni di vario genere, nel segno di una sanità intesa nella sua accezione più ampia e completa di benessere della persona. Sono stati affrontati così molti temi di grande attualità per la professione infermieristica, dagli aspetti più strettamente tecnici e scientifici a quelli etici e sociali, come ad esempio l'informazione e la privacy nell'assistenza infermieristica o il ruolo del Codice Deontologico nell'agire professionale dell'infermiere. Preziosa è stata la collaborazione del Ministero di Grazia e Giustizia per la realizzazione di un con-

Il congresso internazionale di maggio: cronaca
di un successo annunciato

Un confronto per misurare la crescita

Misurare su scala mondiale la crescita professionale degli infermieri italiani. È stato questo l'obiettivo del convegno internazionale organizzato dal Collegio IPASVI di Roma nel maggio scorso presso l'Hotel Jolly Villa Carpegna, nella capitale. Tre giornate per realizzare un confronto costruttivo con i colleghi di altri Paesi sul tema della specializzazione del nursing e sul passaggio cruciale dalla pura prestazione tecnica alla competenza specifica, dal concetto di operatore specializzato a quello di esperto, nel segno di una maturità professionale adeguata alla crescente richiesta di qualità dell'assistenza sanitaria.

E dal confronto internazionale di Roma l'i-

talia è uscita certamente a testa alta e con una duplice consapevolezza: il buon livello di formazione raggiunto e la necessaria implementazione della ricerca infermieristica.

I lavori sono stati animati dalla partecipazione di 350 infermieri provenienti da Australia, Canada, Francia, Italia, Regno Unito, Spagna e Stati Uniti d'America. Con loro anche i rappresentanti delle maggiori Associazioni Professionali Infermieristiche italiane e dei Collegi IPASVI che hanno illustrato le proprie iniziative di formazione specialistica e proposto modelli organizzativi per il settore di competenza. Il tutto alla presenza dei rappresentanti delle istituzioni pubbliche, nazionali e regio-

vegno nazionale sulla condizione degli infermieri penitenziari.

Grande spazio è stato dedicato alla ricerca infermieristica nelle sue più diverse espressioni, comprese quelle della metodologia, della bibliografia e degli strumenti per l'apprendimento in chiave multimediale.

E poi il confronto continuo con altre realtà infermieristiche, sia in ambito nazionale che internazionale. La prima Conferenza Italo-Statunitense degli Infermieri, realizzata in partnership con la University of Nebraska e l'Università Campus Biomedico di Roma, ha offerto un interessante piano di confronto sui temi della ricerca, della pratica e dell'educazione all'assistenza infermieristica. Le risultanze dei suoi lavori sono state presentate al Papa nel



nali, delle Aziende Sanitarie e Territoriali del Lazio, delle università romane. Il congresso, organizzato dal Collegio IPA-SVI di Roma con l'alto patrocinio della Presidenza della Repubblica, ha consentito di approfondire in ogni suo aspetto il tema al centro dei lavori: "Problemi prioritari di salute, dall'infermiere specializzato all'infermiere clinico: un confronto internazionale". Si è così realizzato un confronto approfondito e costruttivo sugli aspetti della specializzazione del nursing e del pas-

saggio dalla mera prestazione tecnica alla competenza specifica, dal concetto di operatore specializzato a quello di esperto, nel segno di una maturità professionale sempre più adeguata alla crescente richiesta di qualità dell'assistenza nei Paesi a sanità avanzata.

Determinanti sono state in questo senso l'analisi e la comparazione del ruolo infermieristico nelle cinque aree di competenza specifica previste dall'ordinamento nazionale: Sanità pubblica, Area critica,

corso di una suggestiva cerimonia.

Lo sforzo organizzativo maggiore è stato profuso certamente per l'organizzazione, in collaborazione con associazioni ed istituzioni infermieristiche del Canada, della California, dell'Australia, della Gran Bretagna, della Spagna, della Francia e della Svezia, del congresso "Problemi prioritari di salute, dall'infermiere specializzato all'esperto clinico: un confronto internazionale", che ha registrato un successo ben oltre le più rosee aspettative, con tre giornate di confronto serrato tra infermieri di Paesi diversi sullo sviluppo delle competenze in ordine alle aree di specializzazione del nursing.

Lo scambio di esperienze e conoscenze tecniche con colleghi di mezzo mon-

Area Pediatrica, Igiene Mentale e Psichiatria, Geriatria. Per ognuna delle aree sono stati considerati gli aspetti assistenziale, organizzativo e formativo. Dibattito aperto anche sullo stato della ricerca infermieristica internazionale e sulle possibilità di applicazione dei suoi risultati nelle aree di competenza specifica. Il congresso si è sviluppato inoltre in affollate sessioni parallele di approfondimento per le singole aree.

< Questo serrato confronto con i colleghi di altri Paesi – ha commentato in chiusura dei lavori Gennaro Rocco,

presidente del Collegio IPASVI di Roma e vice presidente della Federazione Nazionale dei Collegi IPASVI – conferma che gli infermieri italiani hanno ormai raggiunto percorsi e livelli di formazione professionale che costituiscono un modello di riferimento sul piano internazionale, europeo e non. Dai lavori congressuali è anche emersa con chiarezza la necessità svilup-



pare maggiormente l'attività di ricerca infermieristica, per il cui ambito l'Italia appare ancora in ritardo rispetto ad altre realtà territoriali>.

A consuntivo, si può ben dire che l'iniziativa abbia avuto un grande successo, sia in termini di partecipazione che di promozione pubblica della figura infermieristica. Notevole è stato infatti il risalto assicura-

to all'evento dai media attraverso la pubblicazione di numerosi articoli e servizi radio-televisivi, non solo sugli organi di stampa specializzata. Sotto il profilo del-

la partecipazione, sono i numeri a parlare. Ecco di seguito un breve quadro statistico dei lavori:

350 partecipanti di cui 314 accreditati ECM (213 INF, 66 AFD, 7 ASV, 32 DAI, 61 VI); 38 di età compresa fra 20 e 30 anni, 103 fra 31 e 40, 122 fra 41 e 50, 51 oltre i 50 anni; 251 partecipanti provenienti da Roma e provincia, 6 da altre province del Lazio, 56

do ha fruttato la condivisione di un rapporto al tempo stesso umano e professionale di grande intensità. La conoscenza diretta delle realtà sanitarie estere ha consentito poi a tanti colleghi di vivere un confronto costruttivo ed emozionante attraverso i numerosi incontri e viaggi internazionali organizzati dal Collegio. Si è generata così una vasta rete di contatti e di collaborazioni che conferisce al Collegio di Roma una grande visibilità internazionale e, attraverso questo, a tutti i suoi iscritti.

Infine la comunicazione, strumento indispensabile per la circolazione delle idee e delle informazioni professionali tra gli infermieri iscritti al Collegio. Un campo, questo, che assorbe tante energie all'insegna di una comunicazione

da altre regioni, 14 dall'estero; 12 relatori stranieri, 13 italiani, 6 moderatori, 12 tutor; 8 Paesi rappresentati (USA, Canada, Australia, Francia, Spagna, Svezia, Gran Bretagna, Italia); 6 espositori professionali (Collegio IPASVI Roma, Cassa Previdenza IPASVI, AIOSS, AISTOM, ANIARTI, INFERMIERI.COM); 2 espositori commerciali (UTET, EDISES). Organizzazione e struttura: aula plenaria da 300 posti e 3 aule satelliti da 50 posti (tutte collegate con video a circuito chiuso), 6 schermi al plasma, 4 schermi visione diretta, audio e videoregistrazione completa del



congresso, staff organizzativo composto da 20 addetti (tecnici, hostess, personale segreteria, interpreti), servizio di traduzione simultanea nelle lingue francese, inglese e spagnolo.

In chiusura dei lavori, il Collegio IPASVI di Roma ha consegnato sei borse di studio ad altrettanti progetti di ricerca che si sono distinti per capacità innovativa e livello

scientifico. E' stato inoltre annunciato che il tradizionale appuntamento congressistico internazionale della Facoltà di Nursing dell'Università di Toronto sarà realizzato a Roma, nel mese di giugno 2003, in partnership con il Collegio IPASVI della capitale.

Si è trattato di uno sforzo notevolissimo per il Collegio, ampiamente ripagato però dall'eccezionale partecipazione e dalla qualità dei contenuti.

Grazie alla compilazione di schede distribuite al termine dei lavori, è stato possibile raccogliere le impressioni e le valutazioni dei partecipanti.

Tra i suggerimenti più ricorrenti si registra il desiderio di maggiori spazi di confronto e di discussione; i commenti all'iniziativa sono stati in genere eccellenti anche sotto il profilo dell'organizzazione e delle aspettative rispetto ai contenuti. Tra le proposte è prevalsa la richiesta di ulteriori eventi come questo nel corso dell'anno.

che si apre sempre più alle nuove tecnologie, a partire da Internet.

La nuova veste del sito-web del Collegio di Roma nasce proprio con l'obiettivo di rispondere alla richiesta crescente dei colleghi per una navigazione ancor più agevole e rapida, ma anche alle istanze dei cittadini a cui è dedicata un'intera sezione di "servizi al pubblico". Di più: si è voluto affrontare nel modo più appropriato lo scenario planetario rappresentato da Internet. Ecco il perché della novità rappresentata dalle versioni inglese e spagnola del sito, utili a stringere nuovi rapporti di reciprocità professionale con infermieri di altri Paesi e ad offrire al nostro ordine professionale una finestra internazionale di comunicazione.

Le ultime conquiste in campo legislativo

2000

Laurea specialistica e dirigenza

A fissare gli ultimi tasselli del percorso di riordino della professione infermieristica è la Legge 251/2000 (Disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione nonché della professione ostetrica). Questa stabilisce che gli infermieri in possesso dei titoli di studio rilasciati con i precedenti ordinamenti possono accedere alla laurea di secondo livello in Scienze infermieristiche. Passa così, dopo una lunga battaglia dei Collegi e della Federazione Ipasvi, il principio dell'equipollenza dei titoli ai fini della prosecuzione degli studi.

L'importanza della Legge 251/2000 consiste soprattutto nel riconoscimento formale della dirigenza: per gli infermieri si aprono così le porte per l'accesso alla nuova qualifica unica di dirigente del ruolo sani-

tario. In attesa dell'entrata a regime della specifica disciplina concorsuale, disposizioni transitorie stabiliscono che le Aziende sanitarie possono comunque procedere all'attribuzione degli incarichi di dirigente dei Servizi dell'assistenza infermieristica e ostetrica "attraverso idonea procedura selettiva tra i candidati in possesso di requisiti di esperienza e qualificazione professionale predeterminati".

A tali figure sono attribuite la responsabilità e la gestione delle attività di assistenza infermieristica e delle connesse funzioni, nonché la revisione dell'organizzazione del lavoro incentivando modelli di assistenza personalizzata.

2001

Lauree in armonia con l'Europa

I Decreti del 2 aprile del 2001 sulla determinazione delle classi di laurea delle pro-

Riflettere sulle condizioni di lavoro, sul percorso fin qui seguito, sul futuro della professione vuol dire al contempo elaborare una strategia per il futuro, sia a breve sia a lungo termine. Uno sforzo tanto più essenziale in un momento storico particolare, segnato da cambiamenti che possono essere definiti epocali per le prospettive della professione infermieristica. E' una fase in cui il contributo di tutti gli infermieri è non solo utile ma necessario, nell'interesse stesso degli utenti finali della prestazione infermieristica: i cittadini. Se è vero che negli ultimi anni gli infermieri italiani hanno ottenuto, o meglio, strappato con i denti conquiste importanti, certamente sofferte, forse insperate dopo un lungo periodo di standardizzazione della professione, e che

fessioni sanitarie si inquadrano nel generale processo di riforma dell'Università, che va avanti per armonizzarsi con lo scenario europeo. I corsi di diploma universitario per infermiere si trasformano così in laurea triennale e viene prevista la laurea specialistica nelle Scienze infermieristiche e ostetriche, a cui accedere sulla base dei crediti acquisiti nella formazione di base. Nella specifica classe di laurea riservata alle professioni sanitarie infermieristiche e alla professione sanitaria ostetrica sono collocati i profili dell'infermiere, dell'ostetrica e dell'infermiere pediatrico.



2002

Una legge per arginare l'emergenza

Il 2002 si apre con l'emanazione di una legge che riguarda gli infermieri, la n. 1 dell'8 gennaio (Conversione in legge, con modificazioni del decreto legge 12 novembre 2001, n. 402, recante disposizioni urgenti in materia di personale sanitario).

Il provvedimento, nato sulla spinta dell'emergenza infermieristica, in realtà fissa alcuni principi di carattere più generale:

- riconosce agli infermieri dipendenti del SSN la possibilità di svolgere attività libero-professionale all'interno delle strutture della loro Amministrazione per garantire attraverso "prestazioni aggiuntive ... gli standard assistenziali nei reparti di degenza e l'attività delle sale operatorie";
- prevede la possibilità di riammettere in servizio infermieri che abbiano volontariamente risolto il rapporto di lavoro, stipulando contratti a tempo determinato;
- definisce le funzioni dell'operatore socio-sanitario, ribadendo che esso svolge le sue attività "conformemente alle direttive del responsabile dell'assistenza infermieristica od ostetrica o sotto la sua supervisione";
- valorizza la formazione complementare e attribuisce valore di titolo valutabile ai fini della carriera ai Master e agli altri corsi post base.

ad essere cambiato è oggi il ruolo sociale dell'assistenza infermieristica, finalmente riconosciuta come elemento essenziale per il benessere della persona, è altrettanto vero che molto resta da fare sul piano della traduzione effettiva dei principi di legge nella realtà lavorativa di ogni giorno.

E non si tratta soltanto di stabilire il punto di arrivo di un percorso virtuoso che ha mosso lo sviluppo della professione negli ultimi anni; occorre definire anche un nuovo punto di partenza, nel segno di un processo di crescita continuo, in linea con il ruolo sociale e il livello scientifico che l'Europa chiede agli infermieri di assumere. Più che un'idea un progetto che la professione infermieristica è chiamata ad elaborare per una sanità sempre più al servizio

Straordinario successo
per il XIII Congresso Nazionale IPASVI

Ecco la rotta per una sanità nuova

Non un congresso come gli altri, ben oltre un appuntamento ricorrente per fare il punto della situazione. Il XIII Congresso della Federazione dei Collegi Ipasvi, svoltosi presso la Fiera di Roma dal 19 al 21 settembre scorsi, ha segnato una tappa importante per la professione infermieristica. Dal confronto serrato scaturito da tre giorni intensi di relazioni, dibattiti e tavole rotonde, emerge infatti una rotta precisa che gli infermieri italiani intendono seguire nel prossimo triennio all'insegna dello slogan che ha caratterizzato l'appuntamento congressuale: "E' il momento di raccogliere i frutti". L'impressionante partecipazione di tanti colleghi giunti a Roma da tutta Italia ha conferito ai lavori una veste di straordinarietà. Mai come in questa occasione, gli infermieri si sono dimostrati uniti e compatti nelle rivendicazioni e nelle proposte operative. Al termine delle tre giornate, le presenze hanno sfiorato quota 20 mila, con oltre 8 mila partecipanti alla sessione inaugurale del congresso, nel corso della quale il presidente della Federazione Annalisa Silvestro ha presentato la sua relazione introduttiva intitolata significativamente "Il progetto degli infermieri per una sanità al servizio dei cittadini". Chiaro il messaggio: fornire le coordinate della strategia che la professione infermieristica punta a perseguire nei prossimi mesi: formazione avanzata, partecipazione diretta alla gestione del sistema sanitario, rivalutazione e rilancio della figura professionale dell'infermiere.





E ancora: formazione specialistica, libera professione, inserimento nel Servizio Sanitario Nazionale dell'infermiere di famiglia. Una strategia, questa, illustrata non solo a beneficio degli infermieri, ma anche delle numerose personalità della politica, della scienza e delle altre professioni sanitarie che hanno presenziato ai lavori: dal ministro della Salute Girolamo Sirchia, al cardinale Pio Laghi che ha portato il saluto e l'augurio di buon lavoro del Pontefice, dal presidente del Comitato nazionale di Bioetica Francesco D'Agostino all'assessore regionale della Sanità del Lazio Vincenzo Saraceni, dai parlamentari Augusto Battaglia e Livia Turco all'assessore alle Politiche sociali del Comune di Roma Raffaella Milano, dal vicepresidente della Commissione Sanità della Regione Lazio Giulia Rodano al presidente della Commissione Affari Sociali della Camera Domenico Di Virgilio a tanti altri ospiti importanti.

Il XIII Congresso nazionale ha infatti rappresentato uno straordinario momento di confronto con la società civile e con i suoi rappresentanti istituzionali, aprendo alle rivendicazioni degli infermieri italiani un nuovo e più vasto proscenio.

Le relazioni scientifiche hanno poi messo a fuoco le conquiste ottenute dalla profes-





sione e i problemi ancora sul tappeto, valorizzando i traguardi raggiunti negli ultimi anni, dalla laurea alla dirigenza infermieristica, e rilanciando verso i prossimi obiettivi da cogliere.

E tra gli obiettivi fondamentali e immediati, gli infermieri hanno puntato sulla piena attuazione della normativa che istituisce la dirigenza e su un più adeguato riconoscimento economico, finalmente correlato al nuovo e più importante ruolo che l'infermiere recita nel sistema sanitario italiano.

Una sfida che la categoria ha lanciato partendo dal presupposto ormai assodato che senza il coinvolgimento diretto degli infermieri non è possibile attuare alcuna politica di sviluppo dei servizi sanitari né garantire la necessaria qualità assistenziale. Come pure appare impossibile gestire la crescente domanda di salute che arriva dalla popolazione senza l'apporto diretto della professione infermieristica.

Tra i molti contributi presentati, spiccano le relazioni che tracciano le linee guida del progetto che sta a cuore agli infermieri, in relazione soprattutto all'esercizio professionale, all'organizzazione della funzione assistenziale infermieristica, al processo di formazione dei futuri professionisti e di coloro che professionisti lo sono già.

Dai lavori del XIII Congresso nazionale è emerso chiaramente che un contributo determinante al risanamento delle insufficienze che caratterizzano l'attuale sistema sanitario italiano può e deve venire dai protagonisti dell'assistenza: gli infermieri. La loro professionalità e la loro competenza vanno però riconosciute e valorizzate, nelle corsie degli ospedali come nei servizi territoriali.

E' questa la nuova e decisiva frontiera dell'assistenza.

La lotta all'abusivismo professionale
e al lavoro nero

Il nursing deducibile

Un aiuto importante nella lotta all'abusivismo professionale infermieristico e al lavoro nero arriva sin dal 2000, con il Collegato fiscale alla Legge Finanziaria.

Dopo anni di richieste ed interpellanze (a partire dalle istanze presentate da alcuni Collegi Ipasvi e dalla Federazione nazionale) gli infermieri italiani hanno raggiunto un traguardo importante: la deducibilità delle prestazioni assistenziali. E' noto a tutti che, fino ad allora, le uniche spese sanitarie che il cittadino poteva detrarre erano solo quelle mediche. Finalmente anche questa assurda distinzione è caduta; e questo dovrebbe far comprendere ai cittadini che, nel doppio interesse economico e di qualità delle cure, è conveniente affidarsi ad un Infermiere libero professionista, munito di

Partita Iva e delle relative autorizzazioni. L'articolo 3 del Collegato alla Finanziaria del 2000, infatti, ha modificato l'articolo 13/bis del Testo unico delle imposte sui redditi, prevedendo la possibilità per i contribuenti di beneficiare di una riduzione Irpef per le spese definite "di assistenza specifica".

Questo comprende anche le spese legate all'assistenza infermieristica.

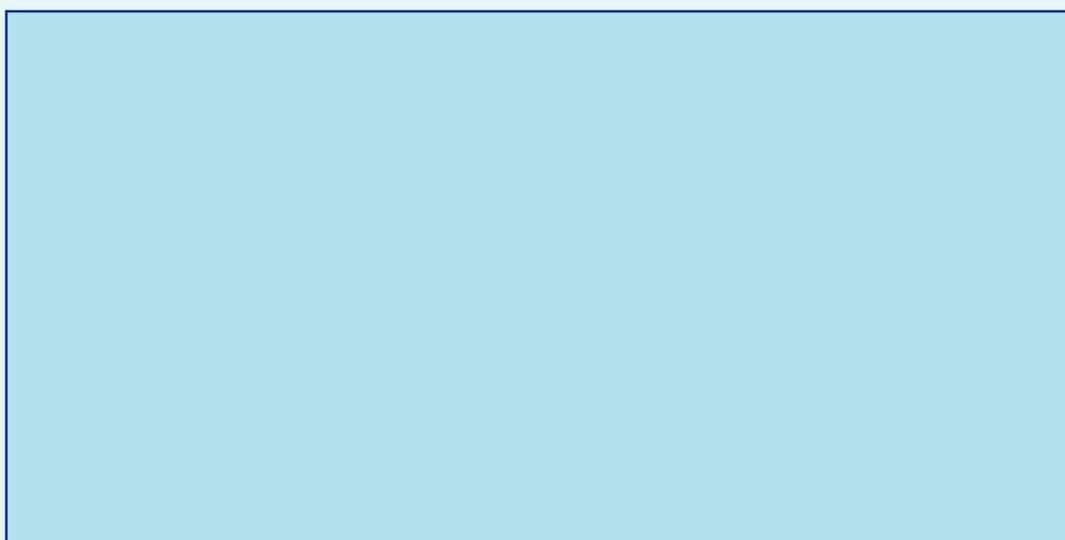
La riduzione può essere quantificata nella misura del 19% dell'ammontare, per la parte eccedente l'importo annuo di circa 127 euro. La disposizione riguarda anche i familiari a carico; è evidente l'interesse che comporta, ai fini fiscali e assistenziali, questa modifica: già nella dichiarazione del 2001 (relativa all'annualità fiscale 2000) molti italiani hanno scaricato le spese dell'assistenza infermieristica.

dei cittadini. E' la sfida rappresentata dal nuovo concetto di salute.

Le scelte politiche che vanno maturando a livello europeo potranno segnare lo scenario della professione infermieristica per gli anni a venire. Gli infermieri vogliono confrontarsi su temi e su piani differenti, dall'etica alla solidarietà, dal ruolo nel servizio sanitario al governo della sanità, dalle nuove responsabilità ai percorsi formativi e agli scenari organizzativi. Intendono affrontare le questioni della ricerca scientifica, dell'accREDITAMENTO professionale, dei master e della laurea specialistica. E ancora, vigilare sugli scenari internazionali della professione, sul difficile processo di integrazione europea, sull'evoluzione dei collegi professionali.

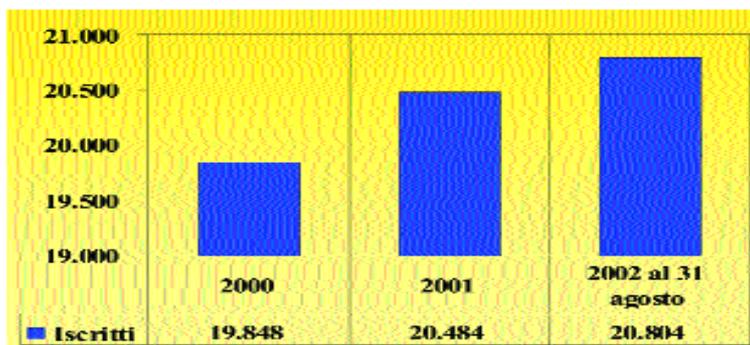
Non intendono insomma rinunciare ad essere i protagonisti del loro futuro e a fornire idee, modelli, riferimenti e progetti per una sanità che sia sempre più vicina al suo destinatario naturale: il cittadino.

Oggi, la partita non si gioca più solo a livello centrale. Il consolidamento del federalismo sanitario ha infatti spostato nelle Regioni l'asse di molte decisioni sugli assetti del futuro sistema sanitario e, all'interno di questo, sulla funzione che verrà attribuita alla componente infermieristica. Come sempre, attraverso i loro organi rappresentativi, gli infermieri sono pronti a dire la loro, a collaborare alla soluzione dei problemi professionali, ma anche di quelli di interesse generale. Gli infermieri sanno che in sanità sono queste due facce della stessa medaglia.



Riunioni del Consiglio Direttivo nel triennio: n. 46 al 30 novembre 2002

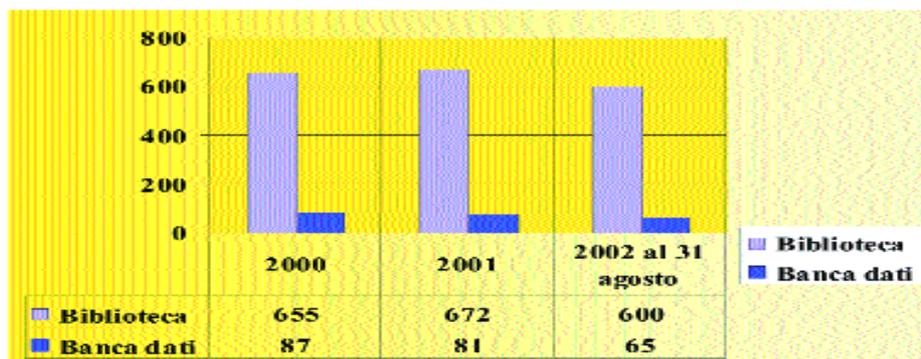
Iscritti all'Albo: evoluzione nei tre anni, dal 2000 al 2002. Si può notare un incremento costante nel tempo. Anche nel 2002 gli iscritti sono in aumento, basti pensare che al 31 agosto siamo arrivati a 20.804. Sono aumentati proporzionalmente sia gli uomini che le donne.



Totali iscritti uomini e donne



Consultazioni presso la Biblioteca e Centro di documentazione del Collegio



Professione infermiere
Verso il cinquantenario

Un lungo e faticoso cammino

1955 - Nascono i Collegi IPASVI

1965 - La prima volta a Congresso

1971 - L'ingresso degli uomini nella professione

1973 - Una formazione sul modello europeo

1974 - Si rinnovano le mansioni

1978 - Dalle mutue al Servizio Sanitario Nazionale

1992 - Arrivano i Diplomi Universitari

1994 - Infermieri in piazza - Debutta il nuovo profilo

1996 - Addio agli "ausiliari"

2000 - Laurea specialistica e Dirigenza sono realtà

2001 - Laurea in armonia con l'Europa

2002 - L'emergenza infermieristica si fa legge

LE LEGGI CHE CI RIGUARDANO

Dlcsps 13 settembre 1946, n. 233

“Ricostituzione degli Ordini delle professioni sanitarie e per la disciplina dell’esercizio delle professioni stesse”

- **Dpr 5 aprile 1950, n. 221**

“Approvazione del regolamento per l’esecuzione del Dlcsps 13 settembre 1946, n. 233, sulla ricostituzione degli Ordini delle professioni sanitarie e per la disciplina dell’esercizio delle professioni stesse”

- **Legge 29 ottobre 1954, n. 1049**

“Istituzione dei Collegi delle infermiere professionali, delle Assistenti sanitarie visitatrici e delle Vigilatrici d’infanzia”

- **Legge 15 novembre 1973, n. 795**

“Ratifica ed esecuzione dell’Accordo europeo sull’istruzione e formazione delle infermiere, adottato a Strasburgo il 25 ottobre 1967”

- **Dpr 14 marzo 1974, n. 225**

“Modifica al Rd 2 maggio 1940, n. 1310, sulle mansioni degli infermieri professionali e infermieri generici” (Abrogato)

- **Dpr 20 dicembre 1979, n. 761**

“Stato giuridico del personale delle Unità sanitarie locali”

- **Legge 18 dicembre 1980, n. 905**

“Diritto di stabilimento e libera prestazione dei servizi da parte degli infermieri professionali cittadini degli stati membri della Comunità economica europea”

- **Dm 30 gennaio 1982**

“Normativa concorsuale del personale delle Usl in applicazione dell’articolo 12 del Dpr 20 dicembre 1979, n. 761”. Sostituito dal Dpr 27 marzo 2001, n. 220 “Regolamento recante disciplina concorsuale del personale non dirigenziale del Ssn”

- **Dpr 10 marzo 1982, n. 162**

“Riordino delle scuole dirette ai fini speciali, delle scuole di specializzazione e dei corsi di perfezionamento”

- **Legge 19 novembre 1990, n. 341**

“Riforma degli ordinamenti didattici universitari”

- **Dlgs 30 dicembre 1992, n. 502, poi 517/93**

“Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell’articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421 (articolo 6)”. Aggiornato con Dlgs

19 giugno 1999, n. 229 “Norme per la razionalizzazione del Ssn, a norma dell’articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419”

- **Dlgs 3 febbraio 1993, n. 29**

“Razionalizzazione dell’organizzazione delle amministrazioni pubbliche e revisione della disciplina in materia di pubblico impiego, a norma dell’articolo 2 della legge 23 ottobre 1992 n. 421”. Aggiornato con Dlgs 30 marzo 2001, n. 165 “Norme generali sull’ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche”

- **Dm 14 settembre 1994, n. 739**

“Regolamento concernente l’individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell’infermiere”

- **Dm 17 gennaio 1997, n. 69**

“Regolamento concernente l’individuazione della figura e relativo profilo dell’assistente sanitario”

- **Dm 17 gennaio 1997, n. 70**

“Regolamento concernente l’individuazione della figura e relativo profilo dell’infermiere pediatrico”

- **Legge 26 febbraio 1999, n. 42**

“Disposizioni in materia di professioni sanitarie”

- **Decreto 3 novembre 1999, n. 509**

“Regolamento recante norme concernenti l’autonomia didattica degli atenei”

- **Dm 27 luglio 2000**

“Equipollenza di diplomi e attestati al diploma universitario di infermiere ai fini dell’esercizio professionale e dell’accesso alla formazione post base”

- **Legge 10 agosto 2000, n. 251**

“Disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione nonché della professione ostetrica”

- **Dm 2 aprile 2001**

“Determinazione delle classi delle lauree universitarie delle professioni sanitarie”

- **Dm 2 aprile 2001**

“Determinazione delle classi delle lauree specialistiche universitarie delle professioni sanitarie”

- **Legge 8 gennaio 2002, n. 1**

“Conversione in legge, con modificazione del decreto-legge 12 novembre 2001, n. 402, recante disposizioni urgenti in materia di perso-

la nuova veste del sito internet del collegio

www.ipasvi.roma.it

basta un clic

Una nuova veste per il sito web del Collegio IPASVI di Roma per rendere ancora più agevole la navigazione.

Se volete avere informazioni riguardanti la professione infermieristica, potete accedere alla sezione "servizi al pubblico", e scorrere le pagine descrittive; se siete già infermieri, potete usufruire dei "servizi all'iscritto" oppure leggere la nostra rivista online "Infermiere Oggi", magari passando per la "Collana Arcobaleno" e consultandone i testi gratuitamente.

Abbiamo pensato questa nuova versione del nostro sito come un rinnovamento dovuto, cercando di semplificare ulteriormente la navigazione interna, e rendere più accessibili i servizi.

Cercheremo di rendere il passaggio al nuovo col minimo disagio.

Altra grande novità è la versione tradotta in lingua inglese e spagnola; stringere rapporti di reciprocità professionale con altri Paesi rappresenta una fonte di accrescimento e scambio culturale.

Stiamo pensando di implementarne nuovi servizi, ed ogni vostro suggerimento sarà particolarmente gradito.

collegio@ipasvi.roma.it - Webmaster: webmaster@ipasvi.roma.it



LA CARTELLA INFERMIERISTICA (C.I.) NELLA TERAPIA INTENSIVA CARDIOCHIRURGIA DEL POLICLINICO UNIVERSITARIO "A. GEMELLI" DI ROMA

I.P. Giancarlo Antonielli*

Con la definitiva ed acclamata Unione Europea la nostra professione ha ottenuto enormi ed inaspettati passi avanti. Questi sono derivati proprio per un allineamento della stessa figura all'interno di tutti gli stati membri. Ciò vuol dire semplicemente che da oggi tutti gli infermieri europei hanno lo stesso percorso formativo. Il passo successivo, a mio modo di vedere, sarà quello di creare uno strumento che possa evidenziare l'assistenza fornita ai pazienti durante la loro degenza in ospedale; uno strumento che vada al di là della cartella clinica: la cartella infermieristica. Questo strumento deve essere di facile utilizzazione, deve poter valorizzare il lavoro svolto da ogni singolo infermiere, deve permettere il raggiungimento di una assistenza personalizzata.

Quella che verrà presentata in questa relazione non vuole essere la "Bibbia" ma un'ipotesi di lavoro o ancora più semplicemente uno stimolo per poter spronare altri colleghi a farsi avanti con le proprie proposte al fine di trovarci pronti, mentalmente, quando la cartella infermieristica sarà effettivamente riconosciuta come strumento valido e proprio della nostra professione.

ANALISI GENERALE

1. Gli obiettivi generali per avviare l'utilizzo della cartella infermieristica sono:

- Facilità d'uso;
- Presenza di una guida predefinita;

- Introduzione graduale di nuovi modelli di lavoro in modo sperimentale;
- Professionalità e capacità degli utilizzatori;

2. Le sue principali caratteristiche:

- Centralità del paziente all'interno di ogni singolo intervento infermieristico;
- Facilitare l'identificazione di tutte le fasi del processo assistenziale;
- Visualizzazione chiara dei problemi;
- Deve essere un valido strumento informativo;
- Deve essere utilizzabile ai fini di ricerca;
- Deve poter fornire dati omogenei;
- Facilitare l'elaborazione di piani personalizzati di assistenza;

ANALISI SPECIFICA

Nell'elaborazione della presente C.I. si è partiti dall'elaborazione di un nuovo modello di consegna infermieristica. Tale necessità è nata in quanto la vecchia consegna era a schema aperto ed in molti casi si elencavano una serie di dati già presenti sul grafico dei parametri (es.: temperatura, condizioni emodinamiche, pressione arteriosa ecc...), ma non venivano riportate alcune manovre infermieristiche, quali la medicazione periodica degli accessi veno-arteriosi, l'igiene del cavo orale, la medicazione di L.d.D. ecc., che non era possibile evincere dal grafico parametri né dalla consegna stessa. Al

fine di dare un quadro più completo dell'assistenza erogata ai degenti si è elaborata la cartella infermieristica.

LA CARTELLA INFERMIERISTICA.

1. Il Frontespizio.

a) *Parte alta:*

- Denominazione dell'ente di appartenenza.
- Denominazione dell'unità operativa.
- Denominazione del responsabile dell'unità operativa.
- N° telefonico interno.
- Eventuale spazio per l'applicazione del codice a barre autoadesivo.

b) *Parte centrale del frontespizio:*

In questa sezione vengono riportati i dati anagrafici ed anamnestici più salienti da parte dell'infermiere che accetta il/la paziente in Terapia Intensiva .

2. Scheda per le consulenze

Per il momento questa sezione si riferisce a consulenze mediche; in futuro si spera di integrarle con quelle infermieristiche.

3. Scheda di controllo/trattamento delle lesioni da decubito (L.d.D.).

Questa sezione è dedicata al controllo e trattamento delle lesioni da decubito. L'obiettivo è di poter visualizzare, in modo rapido, il lavoro svolto dagli infermieri e la loro attenzione nei confronti di questo inevitabile problema. Essa è composta da :

1) *Parte alta della pagina:*

- Immagine A: foto che evidenzia tutti i punti di appoggio nelle tre posture.
- Immagine B: foto con evidenziati i quattro stadi delle L.d.D. .
- Griglia di lettura per l'identificazione sintetica delle condizioni riguardanti le regioni interessate a L.d.D..

2) *Parte bassa della pagina:*

- Griglia di controllo da compilare

alla prima mobilitazione del/la paziente;

- Griglia di controllo da compilare al momento del trasferimento del/la paziente;

4. Scheda di trasferimento.

In questa sezione l'infermiere/a che trasferisce il/la paziente evidenzia le manovre assistenziali e le valutazioni infermieristiche svolte al momento del trasferimento. Inoltre è stato aggiunto uno spazio in caso di decesso. Anche qui si è utilizzato uno schema di rapida compilazione e lettura.

LE PARTI MOBILI.

La Griglia di controllo/trattamento delle L.d.D. e la Consegna Infermieristica.

1) La griglia per il controllo/trattamento delle L.d.D.

Questa scheda molto semplice ha lo scopo di:

- a) Evidenziare tutte le volte che l'infermiere interviene sulla/le L.d.D.
- b) Valutare nel tempo l'evoluzione della/le L.d.D.
- c) Valutare l'efficacia del protocollo di trattamento adottato per il trattamento della/le L.d.D.

E' stato inserito l'obbligo da parte dell'infermiere/a di apporre la propria firma nell'ottica futura di quando avremo, o saremo noi stessi, degli infermieri specializzati nel trattamento delle L.d.D.

2) La Consegna Infermieristica

Questo tipo di consegna prevede due parti.

La prima parte: è uno schema di tipo chiuso. Raccoglie in modo sintetico alcuni atti infermieristici che quotidianamente vengono svolti ma che difficilmente venivano evidenziati nelle consegne precedenti:

- Controllo e manovre riguardanti il respiro;
- Controllo e manovre riguardanti l'emodinamica;
- L'esecuzione di esami di laboratorio routinari;

- Controllo e manovre riguardanti i drenaggi.

La seconda parte: è la consegna dei tre turni. Questa sezione come noterete, vi potrà apparire molto rigida, e sicuramente lo è, ma il suo scopo è quello di "allenare" mentalmente il personale a focalizzare l'attenzione su tutta una serie di aspetti fondamentali nell'assistenza.

Gli aspetti assistenziali da noi focalizzati per un paziente in Terapia Intensiva Cardiocirurgica sono:

- LE CONDIZIONI RESPIRATORIE;
- L'RX TORACE;
- LA GINNASTICA RESPIRATORIA;
- LE CONDIZIONI NEUROLOGICHE;
- I DRENAGGI;
- LA FERITA CHIRURGICA;
- LA FERITA DEGLI ARTI INFERIORI;
- LE CURE IGIENICHE;
- LO STATO DELLA CUTE (L.d.D.);
- LA PULIZIA DEL CAVO ORALE;
- IL RISTAGNO GASTRICO;
- L'ALIMENTAZIONE;
- L' ALVO;
- IL PACE MAKER;
- LE NOTE PARTICOLARI;
- LA FIRMA DELL'INFERMIERE.

Va detto che questo è solo un sunto del nostro lavoro. E' stata elaborata anche una guida alla compilazione che non si è potuto inserire per mancanza di spazio.

CONCLUSIONI.

Ripetiamo ancora una volta:

- la cartella infermieristica deve e dovrà essere uno strumento riconosciuto come proprio dell'assistenza;
- la cartella infermieristica deve essere semplice da utilizzare e senza possibilità di errate interpretazioni da chiunque vi attinga o trascriva informazioni.

Autore:

I.P. Giancarlo Antonielli.

U.O. di T.I. C.CH. "A. Gemelli" Roma.

bibliografia

1 " Procedure, protocolli e linee guida di assistenza infermieristica" di C. Spairani e T. Lavalle Ed. Masson 2000.

Policlinico universitario "A. Gemelli" Roma
 Dipartimento di medicina cardiovascolare
**Unità operativa di
 Terapia intensiva Cardiocirurgica**
 Dirigente 2° fascia Prof. R. Schiavella
 Tel. 06-3015/4848-4856

CARTELLA INFERMIERISTICA

Cartella infermieristica N°:	Letto N°:
Cognome:	Nome:
Data di nascita:	Luogo di nascita:
Residenza:	Professione:
Stato civile:	Provenienza da:
Ricoverato in data:	Diagnosi operatoria:
N° di telefono:	
Religione:	
Precedenti interventi:	
Allergie note:	
Positività sieriche:	
Note Particolari:	
Infermiere accertante:	

LA CARTELLA INFERMIERISTICA(C.I.)

GUIDA ALLA COMPILAZIONE

PRIMA PAGINA:

Il frontespizio.

In questa sezione vengono riportati i dati anagrafici e anamnestici più salienti da parte dell'infermiere che accetta il/la paziente in Terapia Intensiva.

- N° progressivo della C.I. (compilazione effettuata dalla C.S.).
- N° del letto.
- Cognome del/la paziente.
- Nome del/la paziente.
- Data e luogo di nascita.
- Residenza.
- Stato civile.
- Professione (solo se non pensionato).
- N° telefono.
- Religione (solo se diversa da quella cattolica).
- Data ricovero.
- Diagnosi operatoria.
- Reparto di ricovero.
- Precedenti interventi.
- Allergie note.
- Positività sieriche: se presenti

riportare la dicitura “vedi cartella clinica” (legge sulla privacy).

- Note particolari: Paziente con deficit pre-operatori, portatore di protesi particolari, ecc...
- Firma dell'infermiere che accetta il/la paziente in T.I.

SECONDA PAGINA

Scheda di consulenze.

- In questa sezione si inseriscono la data di effettuazione, il tipo di consulenza richiesta e la sua data di esecuzione.

TERZA PAGINA

Scheda di controllo/trattamento delle lesioni da decubito (L.d.D.).

- Griglia di controllo da compilare alla prima mobilizzazione del/la paziente:
 1. data.
 2. ora.
 3. Reg.= regione/i controllate (con il simbolo “T” in questa sezione si indicano TUTTE LE REGIONI).
 4. @= situazione sintetica della/le regione/i (vedi più avanti).
 5. Dimensioni = dimensioni di eventuali lesioni.

- 6. Trattamento = trattamento delle stesse secondo il protocollo adottato.
- 7. firma dell'infermiere che effettua il controllo e/o il trattamento.
- Griglia di controllo da compilare al momento del trasferimento :
COME SOPRA.

N.B. Per quanto riguarda la parte sintetica "@" essa prevede le seguenti diciture:

- a) 1° = Primo stadio.
- b) 2° = Secondo stadio.
- c) 3° = Terzo stadio.
- d) 4° = Quarto stadio.
- e) Gr = Granuleggiante.
- f) Gt = Guarita.
- g) I = Infetta.
- h) N = Necrosi.

QUARTA PAGINA:

Scheda di trasferimento.

- Anche in questa sezione è stata inserita una "legenda" in modo da rendere più pratica e veloce la compilazione della scheda di trasferimento.

Essa Prevede le seguenti diciture:

- X = Sì.
- / = No.
- R = RIMOSSO.
- S = SOSTITUITO.

I dati da indicare sono:

- Data.
- Ora.
- Reparto di destinazione.
- Giorno P.O..
- Valutazione sintetica di:

a) Stato di coscienza:

- Vigile
- Disorientato
- Confuso
- Sonnolento
- Comatoso
- Sedato

b) Mobilità (nel letto):

- Attiva totale.
- Attiva parziale.
- Cooperante.
- Passiva totale.
- Sedato.

c) Nutrizione:

- Autonoma.
- Parzialmente dipendente.
- Completamente dipendente.
- Enterale.
- Parenterale.
- Digiuno.

d) Situazione dei drenaggi e delle ferite:

- Pericardico.
- Mediastinico.
- Pleurico Dx..
- Pleurico Sn..
- Redon.
- Ferita sternale.
- Ferita AA.II.

e) Diuresi ed evacuazione:

- Diuresi spontanea.
- Catetere vescicale.
- Dializzato.
- Canalizzato ai gas.
- Canalizzato a feci e gas.

f) Stato respiratorio:

- Tracheostomia: se presente indicare la data di esecuzione.
- Cannula tracheostomica: riportare la data dell'ultima sostituzione.
- Ventimask: se necessaria anche dopo il trasferimento indicare la % di Fi O2.
- Ginnastica respiratoria: indicare la validità degli esercizi respiratori..
- Rx Torace: segnalare eventuali segni patologici. Se non ve ne fossero indicare "NEGATIVO".
- S.N.G.: se presente segnalare la data dell'ultima applicazione.
- Pace Maker fise presente segnalare:
 - Esterno/interno.
 - acceso/spento.
 - stand-by.
 - la sede di stimolazione:
 - atriale.
 - ventricolare.
 - atrio-ventricolare

o sequenziale.

- Note infermieristiche: eventuali comunicazione ai colleghi del reparto che riceve il paziente.
- Firma dell'infermiere che trasferisce il/la paziente.
- Firma della caposala .

Nella parte più bassa della scheda è stato inserito uno spazio in caso di decesso con i seguenti dati:

1. Data.
2. Ora.
3. Firma dell'infermiere.

Grafica per il controllo/trattamento delle L.d.D.

Viene utilizzata solo nel caso in cui si sviluppa una L.d.D.; ogni qualvolta si interviene sulla lesione; in caso di una nuova L.d.D. Essa prevede:

- 1) Intestazione: Nome e Cognome del/la paziente
- 2) Una a griglia sintetica che comprende:
 - a) La/le regione/i interessata/e da L.d.D.
 - b) Uno spazio analitico che fa riferimento alla grafica presente nella C.I.
 - c) Il trattamento: in questo spazio viene riportato il trattamento eseguito sulla piaga in base al protocollo adottato nel reparto.
 - d) Data e firma dell'infermiere.

La scheda per la consegna infermieristica

L'intestazione:

1. Data, cognome e nome del/la paziente, intervento e numero di Letto.
2. Arrivo in Terapia Intensiva: orario.
3. Giornata P.O.
4. Esami particolari: questa sezione vengono indicati tutti quegli esami non routinari (es.: tac, esami ormonali, consulenze, esami microbiologici, profili enzimatici ecc.....).

La sezione schematica :

N.B.: LE SEZIONI a,b,c,d,e, vengono compilate con l'uso della legenda allegata e che prevede i seguenti simboli:

- X = PRESENTE.
- / = ASSENTE.
- E = ESEGUITO/I.
- S = SOSTITUITO.
- R = RIMOSSO.
- M = MEDICATO.
- Ic = IN CORSO.

Le sezioni schematiche riguardano:

- a) IL RESPIRO:** - T.E.T.
 - VENTIMASK: Se presente riportare la % di Fi O₂
 - CANNULA TRACHEOSTOMICA.
- b) L'EMODINAMICA.:**
 - SWAN GANZ.
 - INTRODUTTORE..
 - TRILUME O C.V.C..
 - CANNULA ARTERIA RADIALE (abbreviata in: arteria radiale).
 - CATETERE ARTERIA FEMORALE (abbreviato in: arteria femorale).
 - CATETERE VENOSO TIPO VASCATH (abbreviato in. VASCATH).
- c) L'ALIMENTAZIONE/ELIMINAZIONE:**
 - S.N.G..
 - N.E.T.
 - N.P.T..
 - TERAPIA DI SUPPORTO : es. cordarone, adrenalina, ecc.....
 - DIALISI.
 - CATETERE VESCICALE.
- D) ESAMI:** qui sono riportati gli esami di routine.
 - EMATOCHIMICI. Chimica completa, es. urine ed emocromo con formula.
 - P.E.C.: tap, ptt, e fibrinogeno.
 - RX TORACE.
 - E.C.G.
- e) I DRENAGGI.**
 - PERICARDICO.
 - MEDIASTINICO.
 - PLEURICO DX.
 - PLEURICO SN.
 - REDON.

LA CONSEGNA INFERMIERISTICA DEI TRE TURNI.

a) LE CONDIZIONI RESPIRATORIE:

- La modalità ventilatoria:
 - 1) meccanica: livello di SIMV.
 - 2) spontanea: dispnea, eupnoico, ecc...
 - 3) supporto ventilatorio: livello CPAAP, casco CPAAP.
- La meccanica respiratoria del/la paziente:
 - 1) Paziente adattato/a spontaneamente al R.A.
 - 2) Paziente adattato/a con sedazione.
 - 3) Curarizzato/a.
- Presenza di secrezioni bronchiali o scialorrea.
 - 1) Frequenza delle broncoaspirazioni.
 - 2) Quantità. Anche dopo estubazione.
 - 3) Qualità. Anche dopo estubazione.
- Scambi gassosi:
 - 1) Qualità.
 - 2) Se si effettua, dopo l'estubazione, F.T.R. (tosse, espettorazione, coppiettazioni, esercizio con trifiò o medifiò, aerosol con strumento "bird").
- Problematiche post-estubazione: se necessita di essere intubato nuovamente.

b) LA GINNASTICA RESPIRATORIA:

controllare :

- Come e se il/la paziente esegue gli esercizi con il trifiò o medifiò.
- Come e se tossisce ed espettora.
- Indicare il livello di difficoltà del medifiò: da 1 a 6.
- Indicare il livello di pressione del "bird".

c) RX TORACE:

si riportano solo dati significativi quali:

- P.N.X.
- EDEMA.
- SOFFUSIONE.
- ATELETTASIE.

- VERSAMENTI.
- ALTRI SEGNI CHE POSSONO INFLUIRE SULLA MECCANICA RESPIRATORIA O SULL'EMODINAMICA.

d) LO STATO NEUROLOGICO:

- Il livello dello stato di vigilanza/co-scienza.
- La presenza/assenza di deficit.
- Il livello di collaborazione/agitazione.
- La necessità o meno di misure di contensione.
- Presenza/assenza di crisi tonico-cloniche.
- Presenza di terapia anticonvulsiva o antiedemigena.

e) I DRENAGGI:

- Qualità delle perdite: ematiche, sierose, sieroematice, presenza di coaguli, presenza di aria che penetra nei drenaggi.
- Presenza di sistemi di recupero sangue: recuperatore, cardioclean-field.

f) LA FERITA STERNALE:

si controlla e si riporta se:

- Sanguina.
- Rimarginata.
- In ordine.
- Medicata.
- Infetta.
- Revisionata.
- Deiscenza dei punti.
- Necrotica.

g) LA FERITA DEGLI ARTI INFERIORI:

come per la ferita sternale. In più:

- Controllo bendaggio che se troppo stretto può provocare l'extrarotazione del piede per compressione del nervo sciatico popliteo esterno (SPE).
- Medicato in 5a giornata P.O.

h) LE CURE IGIENICHE:

- Se e come sono state eseguite: in toto, parziali, rasatura della barba.

i) LO STATO DELLA CUTE:

- Controllo visivo di tutti i punti d'appoggio.
- Presenza di vasocostrizione o vasodilatazione periferica.
- Posizionamento di coperta tipo "BAIR".
- Posizionamento di materassino termico.
- Trattamento di eventuali lesioni con la dicitura : vedere grafica di controllo/trattamento L.d.D.

j) LA PULIZIA DEL CAVO ORALE:

- Se e come è stata praticata: es. sciacqui con collutorio.
- Stato delle mucose.
- Presenza di eventuali trattamenti speciali: es. spennellature per micosi, ecc...

k) IL RISTAGNO GASTRICO:

- Se presente o meno.
- Qualità e quantità.
- Presenza di S.O.G.

N.B. l'infermiere smontante dalla notte pratica un ultimo controllo prima dell' rx torace.

l) L'ALIMENTAZIONE:

- Se il paziente si alimenta:
 - a) Come e quanto: n.p.t., n.e.t. , gastronomia, disfagia, autonomo, con aiuto, assunzione totale o parziale del vitto.

b) Tipo di dieta: liquida, semiliquida, ecc....

- Se è digiuno.

m) L'ALVO:

- Controllare e riportare:
 - a) Paziente canalizzato a feci e/o gas.
 - b) Frequenza, quantità e qualità delle evacuazioni.
 - c) Eventuali somministrazioni di sciroppi lassativi e loro esito.
 - d) Eventuali clisteri praticati e loro esito.

n) IL PACE MAKER:

- Controllare:
 - a) Esterno/interno.
 - b) Atriale, ventricolare, sequenziale.
 - c) Acceso, spento, Stand-by.
 - d) Frequenza impostata.

o) LE NOTE PARTICOLARI:

informazioni straordinarie quali:

- presenza di contropulsatore aortico.
- Utilizzo di presidi particolari: materassino antidecubito, ecc...
- Visite di famigliari.
- Visite specialistiche.
- Richieste urgenti di emotrasfusione.
- Interventi chirurgici non cardiaci: tracheostomia, ecc....
- Olio degli infermi.

LA FIRMA DELL'INFERMIERE

Apriamo stavolta la rubrica dedicata ai media e al loro rapporto con la professione infermieristica con un doveroso ringraziamento ai tanti colleghi che scrivono, inviano fax o e-mail per segnalare quanto di meglio e di peggio la stampa, da quella scritta a quella parlata, pubblica e diffonde sul nostro conto.

Tenere d'occhio tutto ciò che viene detto e scritto quotidianamente sui giornali, in radio, in tv o su Internet è di fatto impossibile. Grazie al copioso contributo dei colleghi riusciamo tuttavia ad avere un quadro sufficientemente chiaro del tipo di comunicazione che "passa" attraverso i media circa la nostra professione. E spesso non c'è di che rallegrarsi.

Innumerevoli sono le precisazioni, le rettifiche, le repliche che il Collegio è costretto a produrre per tutelare l'immagine pubblica dell'infermiere nei confronti dei media fino, in qualche caso, all'azione legale. Se dunque non ci occupiamo in questo numero delle solite angherie comunicative imposte alla professione da una stampa poco attenta e ancor meno informata sulla nuova realtà degli infermieri, è solo per non essere ripetitivi.

Ci interessa di più la comunicazione sulle questioni vere che attengono alla professione. Negli ultimi mesi, rinnegando una tradizione "oscurantista", i media hanno dedicato un risalto inedito a temi importanti di stretta attinenza infermieristica. E' il caso della riforma degli Ordini e delle Associazioni professionali allo studio del Governo e del Parlamento. Una materia, questa, destinata ad incidere direttamente sul lavoro quotidiano degli infermieri italiani, soprattutto in relazione allo scenario che si va delineando nell'Unione Europea e alle preoccupazioni che questo comporta.

Se ne sono occupati in tempi e con risalto diverso i principali quotidiani a diffusione nazionale. Fra tutti segnaliamo "Il Sole 24 Ore" che a più riprese ha riferito del confronto, a tratti duro, in corso tra Governo, Parlamento e mondo delle professioni. In particolare, nei numeri 182 e 185, segnala le difficoltà delle trattative e i suoi risvolti economici negli articoli intitolati "Dialogo in salita tra gli Ordini" e le Associazioni" e "Il Dpef promuove gli Ordini".

L'attenzione dei media sulla riforma degli organi rappresentativi delle professioni è tuttavia calata quando si è trattato di spiegare il particolare ruolo sociale delle professioni sanitarie e di passare dal Dpef alla Legge Finanziaria. A catalizzare l'attenzione dei media anche quella che è stata rappresentata come la nascita dell'infermiere dirigente. Titoli a sette colonne ne hanno sottolineato gli aspetti economici più che quelli funzionali, quelli riferibili alla carriera piuttosto che gli aspetti professionali. Un'altra occasione perduta per abbandonare il malcostume del sensazionalismo spicciolo e disinformato.

Le reazioni che tanti colleghi hanno fatto pervenire al Collegio sono state di diverso segno, tutte però accomunate da un certo risentimento. Un caso per tutti: le avventate dichiarazioni a "Il Messaggero" del segretario generale dei dirigenti medici dell'Anaa-Assomed Serafino Zucchelli. Dichiarazioni riportate nell'articolo a firma di Pietro Piovani intitolato "Sanità, nasce l'infermiere dirigente" e che hanno offeso la sensibilità professionale di molti colleghi.

Alle perplessità del dottor Zucchelli rispondiamo che la nascita della figura dell'infermiere dirigente è la naturale conseguenza dello straordinario sviluppo professionale di una categoria cre-

sciuta come nessun'altra negli ultimi anni, sia sotto il profilo normativo sia sotto quello della competenza tecnica. Ricordiamo che gli infermieri italiani fruiscono oggi di una formazione di livello universitario, di una piena autonomia organizzativa rappresentata dai Servizi Infermieristici e di un campo d'azione ben distinto da quello che compete ai medici.

Sono proprio la peculiarità della professione infermieristica e i suoi specifici ambiti d'attività a poter assicurare il segretario generale dei dirigenti medici dell'Anaa-Assomed. Potrà starsene tranquillo perché le competenze degli infermieri restano nettamente distinte e separate da quelle del personale medico, come pure lo sono quelle dei dirigenti infermieri rispetto ai parigrado medici. Siamo certi, invece, che l'introduzione della nuova figura costituirà un importante beneficio per il cittadino-utente del Servizio Sanitario Nazionale, come del resto accade da molti anni nei Paesi a sanità più avanzata.

in pillole

L'autoesame batte il melanoma

Chi esegue periodicamente l'autocontrollo della pelle ha il 34% in meno di probabilità di sviluppare un melanoma iniziale e il 44% in meno di veder progredire la malattia già in atto. È la conclusione a cui è giunto il dipartimento di Epidemiologia del Memorial Sloan-Kettering Cancer Center di New York attraverso uno studio che ha coinvolto per 5 anni 549 individui sani e 650 a cui era stato diagnosticato il tumore. Secondo i ricercatori, la pratica dell'autoesame ha ridotto complessivamente la mortalità per melanoma del 63%. L'elemento più insolito è proprio la netta diminuzione del numero di casi di melanoma, probabilmente dovuto al fatto che grazie all'auto-esame si ha una più frequente eliminazione delle lesioni (nevi displasici) che potrebbero evolvere in melanomi.

IL COLLEGIO IN TV

Per informarti in tempo reale
su tutto quanto fa... infermiere

Televideo Regionale RAI

La pagina assegnata
al Collegio Ipasvi di Roma è...

439

*Ai Direttori generali delle Aziende Ospedaliere e
Asl della Provincia di Roma
Ai Direttori Sanitari delle case di cura private e
convenzionate della Provincia di Roma
Ai dirigenti dei Servizi Infermieristici
e p.c. all'Assessore alla Salute della Regione Lazio*

Gentilissimi,

dall'inizio di quest'anno è stato finalmente avviato "a regime" il programma E.C.M di formazione continua in medicina che coinvolge tutti gli operatori sanitari del nostro Paese.

Non è inutile dire quanto ci sentiamo orgogliosi di partecipare e sviluppare questo programma ideato e creato per elevare la professionalità di ciascuno e per dare risposte sempre più qualificate alla domanda di "salute" dei cittadini.

L'interesse nazionale e regionale è stato trasfuso in un vero e proprio obbligo giuridico a carico di ciascun operatore.

Il Collegio IPASVI di Roma, come soggetto promotore degli eventi formativi e come organo rappresentativo della categoria degli infermieri ritiene che l'intero progetto E.C.M. possa trovare una concreta realizzazione in un sistema in cui le stesse A.S.L., Aziende Ospedaliere e Case di Cura, promuovano esse stesse al loro interno i corsi per i crediti contribuendo non solo agli obiettivi generali della formazione, ma anche permettendo al personale infermieristico di svolgere in loco la formazione, durante l'orario di lavoro, senza quindi dover sospendere la prestazione lavorativa e senza oneri aggiuntivi per chi già svolge un'attività lavorativa di alta responsabilità e spesso in condizioni di estrema difficoltà.

L'attuazione di corsi accreditati in sede permette altresì, all'Azienda (pubblica o privata) di preparare il personale dipendente alle attività proprie che si esercitano sul luogo di lavoro.

L'esperienza di questi mesi, infatti, scrutata da questo osservatorio privilegiato che è il Collegio IPASVI, ci ha permesso di capire il disagio di molti infermieri che hanno vissuto come mero obbligo uno dei più importanti processi di crescita mai attuato nel nostro Paese.

Essi, infatti, si sono visti negare, nella maggior parte di casi, i permessi per motivi di studio dovendo usufruire dei giorni di ferie (destinati al ristoro delle energie psico-fisiche) per lo svolgimento di giornate di studio, fuori sede. Inoltre, l'obbligo formativo ha spinto molti di essi a partecipare a corsi di formazione relativi a materie ed attività avulse dal contesto delle attività presenti nell'Azienda di appartenenza.

Per questo motivo, quindi, riteniamo che per la completa attuazione del progetto formativo E.C.M. occorra che le Aziende si impegnino

- a) ad istituire corsi accreditati in sede, finalizzati all'accrescimento delle professionalità dei propri dipendenti;
- b) consentire la partecipazione ai corsi senza oneri aggiuntivi per l'infermiere;
- c) istituire corsi relativi a materie inerenti l'attività aziendale e la professionalità di ciascun infermiere.

In questo modo l'obiettivo di ciascun infermiere confluirà con naturalezza negli obiettivi dell'Azienda ed insieme concorreranno a realizzare l'interesse primario alla salute che lo Stato e la nostra Regione intendono perseguire con la formazione continua in medicina.

Certi della sensibilità e dell'interessamento, porgiamo distinti saluti.

Il Presidente



UNIVERSITÀ DI TOR VERGATA
E
ANTEA FORMAD



Comunicano che per l'anno 2002/2003 sarà attivato il

**I° CORSO AD ALTA SPECIALIZZAZIONE
IN CURE PALLIATIVE PER INFERMIERI**
(20 Posti)

Il corso si articolerà in 6 moduli i cui argomenti saranno:

- 1. CURE PALLIATIVE**
- 2. LA COMUNICAZIONE**
- 3. SEGNI E SINTOMI DEL MALATO TERMINALE**
- 4. ETICA**
- 5. FORMAZIONE E RICERCA NELLE CURE PALLIATIVE**
- 6. LA FISIOTERAPIA NEL MALATO TERMINALE**

Durata complessiva: 300 ore.

Termine iscrizioni 5\12\02

Il corso sarà articolato in lezioni teoriche, simulazioni/esercitazioni in aula e tirocinio pratico in assistenza domiciliare e in Hospice (c/o l'Unità Operativa di Cure Palliative Antea).

Il corso dà diritto a crediti formativi universitari

**La partecipazione al corso esonera gli iscritti dall'accumulo
di crediti ECM per l'anno 2003**

in quanto corso di specializzazione disciplinato dal decreto del MURST del 3\11\99,
n° 509 pubblicato nella G.U. n° 2 del 4\01\00

All'interno del corso si terranno **3 seminari** di approfondimento dai titoli

“L'ORGANIZZAZIONE DI UNA UNITÀ OPERATIVA DI CURE PALLIATIVE”

“IL DOLORE TOTALE”

“ L'ETICA E LE CURE PALLIATIVE”

Ogni seminario dà diritto a crediti ECM (eventi in fase di accreditamento)

Per informazioni rivolgersi alla Segreteria Organizzativa

Antea Formad Via Pienza, 281- Roma

Tel/Fax 06.8100800 Email: antea.formad@tiscali.it - <http://www.anteahospice.org>