

# LA PAGINA DELL'INFERMIERE

## DIMESSO, MA NON ..... DISMESSO

Loredana Miano\*



care formule organizzative che tutelino la salute prevenendo la malattia. Pertanto, dati gli alti costi delle giornate di degenza, l'Ospedale diventa sempre più luogo di cura per la fase acuta della malattia mentre l'assistenza domiciliare e territoriale deve provvedere alla assistenza nella fase post-acute, assicurando al cittadino il diritto ad essere curato ed assistito. Nel miglioramento continuo della qualità, i coordinatori svolgono un compito cruciale, ma è necessario che l'alta dirigenza valorizzi appieno il loro ruolo sostenendoli nelle loro iniziative e nei rapporti con tutta l'organizzazione aziendale.

Nell'ambito delle iniziative di miglioramento della qualità assistenziale, promosse dal Servizio infermieristico Aziendale, giorno 10 dicembre 2008 si è tenuto presso l'Ospedale Maggiore di Modica un incontro formativo-informativo rivolto agli infermieri coordinatori con l'obiettivo di promuovere iniziative atte a facilitare il percorso di accompagnamento del paziente durante il difficile momento della dimissione ospedaliera e garantire la qualità dell'assistenza al proprio domicilio.

Le motivazioni che sottendono all'iniziativa possono essere così sintetizzate:

- \* salvaguardare la dignità del paziente, aiutandolo con un ruolo attivo nel momento della dimissione;
- \* contribuire a ridurre i ricoveri impropri aiutando il paziente nella scelta del prosieguo assistenziale;
- \* garantire la continuità dell'assistenza indipendentemente dai contesti di cura.

L'incontro è stato preceduto da una relazione tenuta dalla sottoscritta dal titolo: "L'Infermiere coordinatore, garante della continuità assistenziale nel processo di dimissione" per introdurre l'argomento ed individuare le difficoltà a cui vanno incontro i cittadini una volta dimessi e le responsabilità dei diversi ruoli coinvolti nel processo. Infatti nell'ultimo trentennio, il sistema sanitario ha subito notevoli e drastici cambiamenti, dovuti a diversi e molteplici fattori. Oggi le aspettative di vita sono superiori a quelle del secolo scorso e nel contempo si è abbassato l'indice di natalità. Rispetto al passato, dove la principale causa di morte era determinata dalle malattie infettive, oggi essa è rappresentata dalle malattie cronico degenerative e, in primo luogo, le malattie cardiovascolari.

Per questi motivi il sistema sanitario si è modificato sia formalmente, attraverso l'emanazione di leggi e la riorganizzazione dei servizi, sia culturalmente, per ricer-

care formule organizzative che tutelino la salute prevenendo la malattia. Pertanto, dati gli alti costi delle giornate di degenza, l'Ospedale diventa sempre più luogo di cura per la fase acuta della malattia mentre l'assistenza domiciliare e territoriale deve provvedere alla assistenza nella fase post-acute, assicurando al cittadino il diritto ad essere curato ed assistito. Nel miglioramento continuo della qualità, i coordinatori svolgono un compito cruciale, ma è necessario che l'alta dirigenza valorizzi appieno il loro ruolo sostenendoli nelle loro iniziative e nei rapporti con tutta l'organizzazione aziendale.

Nel dibattito, che ha fatto seguito alla relazione, è emersa l'importanza della informazione quale elemento strategico nel passaggio del paziente da un servizio ad un altro (Ospedale-Territorio). I partecipanti hanno inoltre dimostrato responsabilità e sensibilità al cambiamento e disponibilità ad assicurare la loro partecipazione attraverso la costituzione di un gruppo di lavoro finalizzato a:

- costruire uno strumento di dimissione infermieristica come modalità di integrazione professionale
  - valutare la possibilità di introdurre la consulenza infermieristica post-dimissione
  - elaborare linee guida per la pianificazione delle dimissioni.
- Durante l'incontro è stato somministrato un questionario per rilevare qual è attualmente il grado di coinvolgimento dei partecipanti nel processo di dimissione e, nel contempo, verificare la loro disponibilità al cambiamento (vedi fig. successiva).

All'incontro farà seguito un Audit Clinico sul tema, in collaborazione con la Direzione sanitaria del Presidio, e per la quale è già stata avanzata richiesta di accreditamento ECM.

\* Infermiera dirigente, Servizio Infermieristico

## UNA NUOVA METODOLOGIA PER IL CALCOLO DEL FABBISOGNO DI PERSONALE INFERMIERISTICO

Rosa Cassisi\*



Nei mesi di Gennaio e Febbraio sono stati realizzati due importanti eventi formativi per la professione infermieristica: il Congresso Nazionale del CID (Comitato nazionale infermieri dirigenti) e il XV Congresso nazionale IPASVI.

Sulle tematiche affrontate e le novità proposte mi riservo di fornire notizie più dettagliate nel prossimo numero. Mi sembra tuttavia importante anticipare un argomento di grande rilievo per la nostra professione, che è stato oggetto di trattazione nell'ambito del Congresso CID ad Orvieto. Si tratta della presentazione di una nuova metodologia per il calcolo del fabbisogno di personale infermieristico ed OSS nelle strutture sanitarie. Tale metodologia, denominata "MAP": *Metodo Assi-*

stenziale professionalizzante, è stata realizzata su iniziativa della Federazione Nazionale IPASVI e messa a punto da un gruppo di infermieri dirigenti con il supporto di esperti statistici ed informatici. Essa rappresenta la conclusione di un lungo e articolato lavoro di ricerca e sperimentazione avviato da alcuni anni dalla Federazione e presentato - se ben ricordo - al Congresso di Firenze nel 2002.

Bisogna specificare che, in atto, non esiste una normativa di riferimento per la determinazione delle dotazioni organiche, anche se nel passato diverse Leggi e documenti hanno tentato di fornire indirizzi e metodi per il calcolo del fabbisogno di personale. Fra questi è d'obbligo citare il DPR 128/69 e il D.M. 1988 (decreto Donat Cattin). Il primo si basava sul calcolo del tempo minimo di assistenza per paziente definito in 120' per le attività assistenziali di base e 420' per l'assistenza intensiva. Il secondo proponeva uno standard di personale in base a 6 livelli di intensità assistenziale e in rapporto a un numero definito di posti letto. Negli anni '90, l'avvio del processo di aziendalizzazione ha fatto superare il con-

etto di "dotazione organica" basata su rigidi parametri nazionali ed ha demandato alle singole Aziende il compito di ridefinire il fabbisogno di risorse umane attraverso una rilevazione dei "carichi effettivi di lavoro" (Circolare Cassese). In sintesi, tutti i sistemi finora adottati, oltre ad essere rigidi ed approssimativi, non hanno mai tenuto conto della complessità e variabilità dell'assistenza che non può essere schematizzata e standardizzata ma va calibrata sulle necessità del singolo paziente. In altre parole, non è sufficiente fare la somma di singole prestazioni per definire il carico assistenziale, ma va tenuto conto di una serie di fattori, altrettanto determinanti, quali: lo stato di coscienza del paziente, il suo grado di autonomia e/o di collaborazione, la gestione organizzativa del reparto, gli strumenti e i mezzi di cui si dispone - tutti elementi che incidono non poco sul tempo da dedicare all'assistenza. Il sistema di calcolo approntato dalla Federazione prende in considerazione oltre 60 dimensioni della persona assistita le quali vanno rilevate e riportate in apposite schede con tempi di compilazione minimi. Tali

dati vengono poi automaticamente elaborati permettendo così di monitorare, giorno per giorno, le effettive necessità assistenziali di ogni struttura. Lo studio sarà sottoposto ad un periodo di sperimentazione multicentrica a conclusione della quale potrà essere adottato dalle Strutture Sanitarie.

Ci si chiede tuttavia: "Tale metodo potrà essere applicato nonostante le restrizioni economiche che negli ultimi tempi hanno costretto le Aziende Sanitarie ad una progressiva e drastica riduzione degli organici"? Annalisa Silvestro, presidente dell'IPASVI, affronta così la questione: "secondo i nostri dati, rafforzati dall'OCSE, in Italia mancano all'appello almeno 60 mila infermieri la cui carenza potrebbe anche essere collegata a modalità non razionali ed omogenee di definire il fabbisogno. Spesso si rilevano assegnazioni e distribuzioni inadeguate delle risorse e questo costringe gli infermieri a un surplus di lavoro, con ricorso a straordinari e doppi turni e produce un abbassamento dei livelli di assistenza. Con questa iniziativa - conclude Annalisa Silvestro - gli infermieri intendono passare dalla semplice denuncia alla proposta di soluzioni basate su metodi scientifici ed oggettivi".

## Nuovi sviluppi della professione infermieristica: Infermieristica forense e Medicina legale

Giuseppe Cappello\* Michele Di Nicola e Giuseppe Bonanno\*\*

Le significative e continue trasformazioni che, nel recente periodo, hanno riguardato l'evoluzione della professione infermieristica, ci portano oggi più che mai a riflettere sulle nuove e più complesse competenze che l'infermiere è chiamato a sviluppare nell'esercizio della professione, nonché sul patrimonio di contenuti che arricchiscono costantemente la disciplina infermieristica e il suo insegnamento nei corsi universitari di base (laurea in infermieristica) e post-base (master universitari di primo livello, laurea magistrale in scienze infermieristiche e ostetriche). Alle nuove specializzazioni accademiche, si aggiunge, oggi, la figura dell'infermiere legale. L'infermiere legale è un professionista specializzato nella valutazione di aspetti giuridici e giurisprudenziali che riguardano l'esercizio dell'assistenza infermieristica. Si tratta, dunque, della

nuova branca - l'infermieristica forense - che si propone di studiare gli strumenti metodologici e pratici della dimensione giuridica e legale dell'assistenza infermieristica, allo scopo di promuovere la sua concreta applicazione in vari settori.

Tale specializzazione, infatti, trova la sua massima espressione nei servizi di assistenza e di consulenza per i casi di abusi o violenze subite o per la difesa dei professionisti da accuse in tali ambiti o, ancora, di consulenza ad associazioni professionali infermieristiche e agli stessi Collegi provinciali. A tale proposito, si ha ragione di affermare che, in un prossimo futuro, l'infermiere legale potrà assumere la funzione di perito presso i tribunali, nell'ambito delle cause che trattano eventi traumatici o processi investigativi di morte sospetta, situazioni di abuso o violenze o, in termini più generali, di responsabilità professionale



dell'infermiere nell'esercizio delle proprie attività. L'infermieristica legale trova un fondamento certo proprio nello sviluppo dei caratteri di autonomia e di responsabilità che in questi ultimi anni la società, le norme e la stessa professione hanno attribuito all'assistenza infermieristica. Inoltre l'infermiere legale è in stretta collaborazione con il medico legale, sia per l'indagine di sopralluogo, sia in caso di autopsia, collaborando con le Direzioni Sanitarie, gli istituti penitenziari, i centri antiviolenza, le compagnie di assicurazioni e con le forze dell'ordine. Giova ancora ricordare come in tema di risk management, l'azione di sensibilizzazione

\* Responsabile Servizio Infermieristico

esercitata nei riguardi del personale infermieristico da parte di tali figure specificamente formate, rappresenta oggi un valore aggiunto alla gestione complessiva del rischio clinico attraverso il coinvolgimento e la partecipazione attiva alle attività dei Gruppi Operativi per le infezioni ospedaliere dei presidi o ai Comitati per la gestione del rischio clinico. Si tratta di nuove figure professionali che vanno valorizzate e sfruttate, negli ambiti di competenza, per rendere sempre più efficiente ed efficace il rapporto di collaborazione tra gli operatori sanitari e le istituzioni.

\* Direttore Sanitario P.O. di Vittoria  
\*\* Master in Infermieristica Forense e legale P.O. di Vittoria