



GESTIONE

8

di un Servizio di Endoscopia Digestiva

Il libro bianco dell'endoscopista
F. Cosentino, G. Battaglia, E. Ricci

La formazione del personale e i percorsi di carriera

*P. Franchini, D. Alberton, C. Cicogna,
G. P. Angelini, A. Ederle*



RECORDATI



il libro bianco dell'endoscopista

PROGETTARE, REALIZZARE

ORGANIZZARE e

GESTIRE

**un Servizio
di Endoscopia Digestiva**

Felice Cosentino

Giorgio Battaglia

Enrico Ricci



La formazione del personale e i percorsi di carriera

*P. Franchini, D. Alberton, C. Cicogna,
G. P. Angelini, A. Ederle*





in questo *fascicolo* di **GESTIONE**

| | |
|--|----|
| La formazione del personale medico..... | 5 |
| I percorsi di carriera..... | 7 |
| Specialisti convenzionati..... | 7 |
| Endoscopista ospedaliero..... | 7 |
| Il livello dirigenziale..... | 7 |
| I livello dirigenziale..... | 9 |
| La formazione dell'infermiere in E. D..... | 10 |
| Tappe del percorso formativo dell'infermiere..... | 11 |
| La formazione di base..... | 11 |
| La formazione post-base per l'assistenza infermieristica nelle procedure endoscopiche..... | 12 |
| Modulo di formazione in assistenza infermieristica nelle procedure endoscopiche e diagnostico-terapeutiche invasive proposto dall'associazione A.N.O.T.E. | 13 |
| Master di primo livello infermieristica in area critica..... | 14 |
| La formazione del neo assunto..... | 14 |
| Conclusioni..... | 15 |
| Bibliografia..... | 15 |



© 2003 AREA QUALITÀ® S.r.l.
Via Comelico, 3 - 20135 MILANO
E-mail: info@areaqualita.it
Tutti i diritti riservati

Questo fascicolo è stato stampato dalla tipografia
Vigrafica di Monza nel mese di settembre 2003
Impaginazione: Area Qualità - Maurizio Duranti

La formazione del personale e i percorsi di carriera

P. Franchini*, D. Alberton*, C. Cicogna**, G.P. Angelini**, A. Ederle*

* U.O.A. di Gastroenterologia, O.C. di San Bonifacio, ULSS 20 Verona

** Servizio di Endoscopia Digestiva, Azienda Ospedaliera Università di Verona

LA FORMAZIONE DEL PERSONALE MEDICO

Nel corso dell'ultimo Congresso Nazionale Congiunto sulle Malattie Digestive il Presidente eletto della SIED, Dr. Livio Cipolletta ha tenuto una apprezzata lettura sull'"Arte Endoscopica". Orbene se di arte si tratta – e non vi è motivo di dubitarne visto che la definizione più ampia di Arte Medica è accettata da secoli – essa, almeno negli anni 70 e 80, avrebbe potuto essere definita "noble art" in analogia a quella pugilistica. In effetti come nel passato molti pugili, poi divenuti famosi, hanno appreso i primi rudimenti della futura arte per garantirsi la sopravvivenza sulle strade e nei vicoli, così gran parte degli endoscopisti digestivi almeno quelli di ormai lungo corso, hanno dovuto impadronirsi da autodidatti, spinti dal proprio entusiasmo e da necessità assistenziali, delle nozioni di base e poi dei piccoli segreti necessari per esercitare al meglio la propria arte.

Oggi non è più così perché sia pure lentamente il Ministero della Salute da una parte e quello dell'Università dall'altra, hanno preso coscienza del problema e preso i necessari provvedimenti per disciplinare e controllare la crescita di questo importante settore della Medicina.

Così la formazione dell'Endoscopista Digestivo, troppo a lungo affidata all'iniziativa individuale e/o alle esigenze diagnostico-terapeutiche locali, è ormai da anni oggetto di programmazione e verifica nell'ambito delle

Scuole di Specializzazione in "Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva" ed in "Chirurgia dell'Apparato Digerente ed Endoscopia Digestiva Chirurgica". In effetti con l'adeguamento delle Scuole alle normative CEE è stato identificato un ben preciso iter pratico di formazione, associato alla didattica frontale, che prevede la partecipazione ad un prefissato numero di esami endoscopici con l'esecuzione in prima persona di una parte di essi (TABELLA 1).

TAB. 1: NORMATIVA DELLE SCUOLE DI SPECIALIZZAZIONE RELATIVAMENTE ALLA DIDATTICA PRATICA

Scuola di Specializzazione in Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva

- Partecipazione attiva in almeno:
 - 200 casi di patologia gastroenterologica (20% patologia neoplastica)
 - 300 esofagogastroduodenoscopia (almeno 10% con scleroterapia varici esofagee)
 - 100 colonscopia (almeno 50 con polipectomia)
 - 300 ecografie di interesse gastroenterologico (almeno 50 eseguite personalmente)
 - 50 punture addominali e/o biopsie senza/con controllo ecografico e/o laparoscopia
 - Presentazione di almeno 10 casi clinici negli incontri formali della Scuola
- Procedure opzionali: esecuzione di almeno 2 tra quelle indicate, eseguite per almeno il 25% come responsabile diretto
 - 100 endoscopia terapeutiche
 - 150 ERCP a fini diagnostici e terapeutici
 - 50 manometrie
 - 150 indagini ecografiche endoscopiche
 - 50 laparoscopia diagnostiche
 - 80 interventi proctologici
 - Esperienza nel trapianto di fegato (gestione clinica del paziente)
- Almeno 3 sperimentazioni cliniche controllate

Scuola di Specializzazione in Chirurgia dell'Apparato Digerente ed Endoscopia Digestiva Chirurgica

- Partecipazione attiva in almeno:
 - 300 esofagogastroduodenoscopia (15% in prima persona)
 - 200 colonscopia (25% in prima persona)
 - 150 endoscopia terapeutiche (15% in prima persona)
 - 150 ERCP (15% in prima persona)
 - 50 procedure manometriche o pHmetrie (15% in prima persona)

La prima fase dell'apprendimento è oggi resa più agevole dalla progressiva diffusione di manichini, tecnologicamente molto sofisticati, che offrono una simulazione molto vicina alla realtà delle diverse procedure endoscopiche. Ciò consente un approccio morbido alla pratica endoscopica evitando lo stress dell'esercitazione in corpore vivo sia al discente che al docente ed assicura maggior garanzia al paziente. La durata del training endoscopico non deve essere inferiore a 2 semestri, con un orario annuo pari a quello previsto per il personale medico a tempo pieno operante nel SSN.

Non vi è, quindi, dubbio che l'iscrizione ad una delle succitate Scuole costituisca oggi la via più naturale e raccomandabile per conseguire non solo il bagaglio, culturale e pratico, necessario per una valida attività professionale, ma anche il titolo di Specialista, indispensabile per l'accesso al ruolo di Dirigente Medico (D.L. 502/92). Inoltre il possesso del Diploma di Specialista, ottenuto presso una Scuola con statuto allineato alle direttive CEE (n° 82/76, del 26/1/1982), è requisito irrinunciabile per la libera circolazione professionale all'interno della Comunità Europea.

L'accesso alla Scuola di Specialità è a numero chiuso, variabile in relazione alle esigenze regionali, ed avviene per concorso per titoli ed esami. Il tirocinio pratico può aver luogo nella sede stessa della Scuola di Specialità o presso altre strutture sanitarie ospedaliere convenzionate con la Scuola e dotate di personale docente, strutture, strumenti, numerosità e tipologie degli esami espletati sufficienti per assicurare al

discente l'effettiva possibilità di apprendere (è obbligo di ciascuna Scuola di verificare la congruità dell'offerta didattica del Reparto e Servizio da convenzionare).

È, quindi, perfino superfluo sottolineare quanto sia oggi sconsigliabile avviarsi alla Endoscopia Digestiva al di fuori dell'iter formativo previsto dalla legge per non precludersi in partenza qualsiasi evoluzione di carriera.

Una volta ottenuto il Diploma di Specialista è fortemente auspicabile un training post-specialistico di perfezionamento in una o più delle diverse metodiche endoscopiche. Lo European Board of Gastroenterology ha già da tempo stabilito criteri di training che, accanto all'esecuzione di un numero minimo di procedure di base per tutto (ECO addominale, EGDS, Colonscopia, Laparoscopia e Biopsie ecoguidate) prevedono una serie di procedure opzionali certificate da specifici diplomi oltre che la pubblicazione di almeno 2 articoli scientifici.

Non dissimile è il percorso formativo suggerito dal Gastroenterology Leadership Council espressione delle quattro Società Americane di Gastroenterologia - Epatologia composta da un "core curriculum" comune a tutti e da ben 15 aree opzionali di superspecializzazione che relativamente all'Endoscopia Digestiva sono rappresentate da: Training in acid-peptic disease; Training in gastrointestinal endoscopy and gastrointestinal bleeding; Training in biliary tract disease che comprende un ulteriore specifico livello di formazione (Advanced en-

TAB. 2: EUROPEAN BOARD OF GASTROENTEROLOGY: CRITERIA OF TRAINING (6 YRS)

Practical gastrointestinal procedures (minimum number of procedures)

| | |
|--|-----|
| 1. Abdominal ultrasound investigations | 300 |
| 2. Endoscopic investigations | |
| Oesophago-gastro-duodenoscopy (OGD) | 300 |
| Sclerotherapy of oesophageal varices and haemostatic techniques of the upper GI tract | 30 |
| Total colonoscopy | 100 |
| Coloscopic polypectomy and haemostatic techniques of the lower GI tract | 50 |
| Proctoscopy | 100 |
| 3. Abdominal puncture and/or biopsy with or without ultrasound control and laparoscopy | 50 |

2 medical articles in journals recognised by Current Contents

Optional subject (minimum number of procedures)

| | |
|--|-----|
| 1. Therapeutic endoscopy, e. g. laser techniques, stricture dilatation | 100 |
| 2. Diagnostic and therapeutic ERCP | 150 |
| 3. Manometric, pH-metric investigations | 50 |
| 4. Endoscopic ultrasound investigations | 150 |
| 5. Diagnostic laparoscopy | 50 |
| 6. Interventional proctology | 80 |
| 7. Advanced hepatology: clinical management of liver transplant and complex liver diseases | |

doscopy training) per l'ERCP.

Il perfezionamento deve necessariamente essere associato ad un regolare periodico aggiornamento, indispensabile in questi anni di tumultuosa evoluzione tecnica.

Del resto il Ministero della Salute ha recentemente recepito e fatta propria questa esigenza e ha reso obbligatorio l'aggiornamento professionale che deve essere documentato dal conseguimento di un numero minimo annuo di crediti ottenuti con la partecipazione a Congressi preventivamente approvati dal Ministero stesso con l'attribuzione di un numero di crediti correlato all'importanza dell'evento scientifico.

La Società Italiana di Endoscopia Digestiva è attivamente impegnata nella promozione ed organizzazione di iniziative volte a stimolare ed a favorire l'aggiornamento e la crescita professionale dei propri iscritti.

Accanto alla attività congressuale di tipo tradizionale, la Società ha, infatti, attivato un Corso Annuale di Aggiornamento a carattere nazionale che si è affiancato ad altre manifestazioni di Live Endoscopy, organizzate anch'esse annualmente con precipue finalità di aggiornamento, da Soci e/o Sezioni Regionali SIED.

La Commissione Formazione e Training della Società ha definito già nel 1997 i requisiti minimi di un Servizio di Endoscopia Digestiva per essere abilitato all'insegnamento. [Atti 6° e 7° Convegno di Endoscopia Digestiva e Gastroenterologia, Cogne 1996 e 97, Centro Scientifico Editore, 1998].

Requisiti, riconfermati anche successivamente [Qualità, accreditamento e gestione dei servizi di Endoscopia Digestiva. E. De Masi e A. Ferrari Ed. 2000].

Infine, va sottolineato che l'organizzazione su base regionale della SIED risulta particolarmente adatta a favorire lo scambio culturale e la frequentazione dei Servizi di Endoscopia Digestiva vicini per apprendere nuove metodiche o, semplicemente, per confrontare le rispettive esperienze e trarne eventuali spunti di miglioramento.

I PERCORSI DI CARRIERA

Le possibilità di sbocchi professionali dell'endoscopista digestivo nella struttura pubblica non sono molte.

SPECIALISTI CONVENZIONATI

Qualche anno fa in alcune Ulss venivano abbastanza utilizzati per l'endoscopia anche gli

specialisti ambulatoriali convenzionati interni (cosiddetti SUMAI).

Con il DPR 502/92 e successive modifiche è stata preclusa la possibilità di assegnare nuovi incarichi a tempo determinato a medici specialisti ambulatoriali interni, decretando di fatto la progressiva estinzione della categoria.

La successiva Legge 449/97 (Legge Finanziaria per l'anno 1998) dava ai medici specialisti convenzionati interni, con almeno 29 ore settimanali di incarico e meno di 55 anni di età, la facoltà di passare a rapporto di dipendenza, previa domanda degli stessi.

L'ultimo contratto della specialistica ambulatoriale interna infine (il DPR 271/2000) prevede la possibilità di assegnare nuovi incarichi ma solo a tempo determinato della durata da 1 a 3 anni, rinnovabili.

Unica eccezione potrebbe essere rappresentata dallo specialista con incarico in altra branca ma in possesso della specialità di gastroenterologia ed endoscopia digestiva che, in occasione della pubblicazione di turni di endoscopia digestiva, si renda disponibile a ricoprire l'incarico in quest'ultima branca rinunciando contestualmente alle ore di incarico in atto.

ENDOSCOPISTA OSPEDALIERO

A livello ospedaliero gli endoscopisti sono in genere di derivazione chirurgica o internistica. Questi ultimi possono essere inquadrati in ambito di struttura autonoma o non autonoma di Gastroenterologia oppure appartenere ad una struttura internistica (Medicina, Geriatria ecc.) e eseguire di fatto esami endoscopici.

II LIVELLO DIRIGENZIALE

Il DPR 484 del 1997 ha regolamentato la determinazione dei requisiti e dei criteri per l'accesso al secondo livello dirigenziale (apicale) stabilendo le discipline con denominazioni specifiche e le strutture con le loro denominazioni in cui il servizio deve essere stato prestato.

Questo non solo ha condizionato l'accesso all'apicalità, obiettivo che, anche se nella maggior parte dei casi solo in modo teorico, è nel cuore e nelle speranze di tutti, ma ha determinato l'appartenenza di una struttura a questa o quella disciplina condizionando anche la posizione dei non apicali.

Sulla base di questo DPR possono accedere al secondo livello dirigenziale (responsabile di unità operativa complessa) coloro che hanno un'anzianità di servizio di sette anni di cui cinque nella disciplina o disciplina equipollente e specializzazione nella disciplina o disciplina equipollente ovvero anzianità di servizio da dieci anni nella disciplina.

Il decreto ministeriale del 3 giugno 1998 nelle tabelle "A" e "B" e le successive modificazioni di cui ai decreti ministeriali del 22 gennaio 1999 (G.U. n° 32 del 9/2/99) e del 5/8/99 (G.U. n° 207 del 3/9/99) definiscono le specializzazioni e le discipline equipollenti.

Nel decreto del 1998 vengono definiti come servizi equipollenti alla Gastroenterologia i servizi di Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva; Fisiopatologia Digestiva; Malattie dell'Apparato Digerente; Epatologia; Endoscopia Digestiva; Diagnostica e chirurgia endoscopica; Diagnostica chirurgica endoscopica senza alcuna limitazione temporale.

Nel decreto 5/8/99 vengono aggiunte alla dizione endoscopia digestiva oltre a Diagnostica e Chirurgia Endoscopica e Diagnostica Chirurgica Endoscopica e altre 11 denominazioni analoghe e cioè:

- Diagnostica strumentale e chirurgia endoscopica
- Endoscopia diagnostica e chirurgia endoscopica
- Endoscopia chirurgica
- Endoscopia
- Diagnostica e terapia endoscopica
- Endoscopia diagnostica e chirurgica
- Chirurgia endoscopica
- Endoscopia diagnostica e operativa
- Endoscopia digestiva chirurgica
- Chirurgia ed endoscopia chirurgica
- Diagnostica e terapia chirurgica endoscopica digestiva

L'equipollenza peraltro per i servizi di Endoscopia digestiva e le 13 dizioni analoghe di cui è comprensiva veniva limitata ad un periodo di due anni dal decreto 5/8/99.

Questo ha creato le ben note proteste dei chirurghi che non avevano nella loro disciplina tali equipollenze e in tal modo non avevano alcuna possibilità di avere un percorso di carriera in ambito endoscopico pur potendo continuare a svolgere di fatto l'attività endoscopica.

Per questo si è cercato di trasformare in gastroenterologiche alcune strutture endoscopiche

chirurgiche con passaggio del personale medico dalla chirurgia alla gastroenterologia per poter raggiungere l'autonomia di struttura complessa e l'apicalità entro il periodo in cui venivano accettate le sopra riportate equipollenze.

Il quadro è però cambiato con il decreto del 31 Luglio 2002 (G.U. n° 208 del 5/9/2002) in cui l'Endoscopia Digestiva con le 13 denominazioni sopra riportate viene definita equipollente alla chirurgia.

Per quanto concerne l'equipollenza alla Gastroenterologia l'art. 1 del suddetto decreto dice "si fa riferimento alle tabelle A e B allegate al decreto ministeriale 30 Gennaio 1998omissis... limitatamente ai servizi equipollenti della disciplina Gastroenterologia esclusi dalla limitazione temporale prevista dal decreto 5 Agosto 1999. In quest'ultimo la limitazione temporale di 2 anni era data ai servizi di endoscopia digestiva (comprensiva delle 13 dizioni sopra riportate), come già detto.

L'art. 1 del decreto 31 luglio 2002 non è un grande esemplare di chiarezza e potrebbe essere interpretato in modi diversi. In tale senso il dott. Alessandro Zambelli, coordinatore della commissione Politica della SIED, ha riferito che sono stati chiesti chiarimenti al Ministero da parte della SIED senza ottenere una risposta ufficiale. Nel chiedere chiarimenti si auspicava di poter interpretare quanto riportato all'art. 1 come l'estinzione della limitazione temporale per le 13 dizioni ipotizzando quindi che restassero senza limitazioni temporali come equipollenti alla Gastroenterologia, come è per la Chirurgia.

Se questa interpretazione è senza dubbio la più corretta da un punto di vista del buon senso e della razionalità è difficile dare una interpretazione letterale del suddetto articolo e per questo ancora una volta si è ritenuto opportuno un confronto con la persona più competente su questo argomento (ma anche su altri) e cioè Alessandro Zambelli, che al tempo era Segretario della Federazione delle Malattie Digestive (oltre che coordinatore della commissione Politica SIED). Zambelli riferisce che dopo aver sentito oralmente funzionari ministeriali ed esperti di ULSS su tali problematiche la Federazione ha concluso in apposita riunione di ritenere che l'Endoscopia Digestiva, comprensiva di diagnostica e chirurgia endoscopica e diagnostica chirurgica endoscopica sia senz'altro equipollente alla Gastroenterologia, come dalla tabella del decreto 30 gennaio 1998 mentre per quanto concerne le altre 11 dizioni la Federazione ritiene che l'interpretazione più corretta e probabile dell'art. 1 del Decreto 31/7/2002 sia quella sopra esposta in riferimento alla richiesta di chiarimenti dal Ministero, ma è auspicabile che questa interpretazione venga confermata da un documento ufficiale del Ministero stesso.

Vengono quindi oggi riconosciuti come servizio prestato nella disciplina di chirurgia i servizi di Endoscopia digestiva comprensivi di:

1. Diagnostica e chirurgia endoscopica
2. Diagnostica chirurgica endoscopica
3. Diagnostica strumentale e chirurgia endoscopica
4. Endoscopia diagnostica e chirurgia endoscopica
5. Endoscopia chirurgica
6. Endoscopia
7. Diagnostica e terapia endoscopica
8. Endoscopia diagnostica e chirurgica
9. Chirurgia endoscopica
10. Endoscopia diagnostica e operativa
11. Endoscopia digestiva chirurgica
12. Chirurgia ed endoscopia chirurgica
13. Diagnostica e terapia chirurgica endoscopica digestiva

Vengono riconosciuti come servizi prestati nella disciplina di Gastroenterologia i Servizi di Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva, di Fisiopatologia Digestiva, di Malattie dell'Apparato Digerente, di Epatologia che non sono equipollenti alla chirurgia (e inoltre Endoscopia Digestiva, Diagnostica e chirurgia endoscopica, Diagnostica chirurgica endoscopica e probabilmente anche le altre 11 denominazioni sopraportate).

In tal senso quindi coloro che hanno prestato servizio in una struttura con una delle 13 denominazioni endoscopiche che si riferiscono all'Endoscopia Digestiva possono diventare responsabili di struttura complessa (dirigente di II livello) di chirurgia mentre coloro che hanno prestato servizio in una delle altre 4 denominazioni sopra riportate possono diventare responsabili di struttura complessa di gastroenterologia e non di chirurgia. Per entrambe le situazioni questo è possibile sia che questo servizio sia stato maturato in strutture di derivazione chirurgica o gastroenterologica sia in strutture di altra derivazione, purché con le suddette denominazioni ufficiali.

Qualora peraltro abbiano più di cinque anni di servizio (ma meno di 10) in una struttura con una delle 13 denominazioni endoscopiche (+ eventualmente due anni in altra struttura) solo se avranno la specialità in Chirurgia Generale, o (equipollenze) Chirurgia, Chirurgia oncologica, Chirurgia apparato digerente ed endoscopia digestiva, Chirurgia gastroenterologica, Chirurgia d'urgenza e di pronto soccorso, Chirurgia generale d'urgenza e di pronto soccorso, Chirurgia dell'apparato digerente, Chirurgia dell'apparato digerente ed endoscopia digestiva chirurgica, Chirurgia sperimentale e microchirurgia, potranno diventare dirigenti di II livello in chirurgia. Qualora abbiano più di 5 anni di servizio (ma meno di 10) in una struttura di Gastroenterologia o (equipollenze), Gastroenterologia ed endoscopia Digestiva, Fisiopatologia Digestiva, Malattie dell'apparato digerente, Epatologia, Endoscopia Digestiva, Diagnostica e Chirurgica Endoscopica, Diagnostica Chirurgica Endoscopica e probabilmente anche nelle altre 11 dizioni (più eventualmente due anni in altra struttura) potranno accedere all'apicalità in Gastroenterologia solo se avranno le specialità in Gastroenterologia o (equipollenze) Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva, Fisiopatologia Digestiva, Malattie dell'Apparato Digerente.

Coloro che hanno maturato servizio in struttura di Gastroenterologia, Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva, di Fisiopatologia Digestiva, di Malattie dell'Apparato Digerente di Epatologia, Endoscopia Digestiva, Diagnostica chirurgica endoscopica, Diagnostica e chirurgia endoscopica potranno accedere all'apicalità anche in Scienza dell'alimentazione e dietetica e in Medicina e Chirurgia di accettazione e d'urgenza potendo utilizzare le specialità in gastroenterologia, gastroenterologia ed endoscopia digestiva, fisiopatologia digestiva e malattie dell'apparato digerente.

Il DPR 484 riporta altre due condizioni per accedere al secondo livello dirigenziale: l'attestato di formazione manageriale e la dimostrazione di una specifica attività professionale. Entrambi devono ancora essere definiti dal ministero per cui attualmente non sono necessari, ma lo saranno in futuro.

In particolare per chi aspira al secondo livello dirigenziale per l'attività professionale sarà verosimilmente utilizzabile casistica endoscopica sia per la gastroenterologia che per la chirurgia.

I LIVELLO DIRIGENZIALE

Per quanto concerne l'accesso al primo livello dirigenziale, è necessario avere la specializzazione nella disciplina, nelle discipline equipollenti o nelle discipline affini, che per la Gastroenterologia sono: allergologia ed immunologia clinica ed equipollenti, geriatria ed equi-

pollenti, medicina e chirurgia di accettazione e di urgenza ed equipollenti, scuole equipollenti alla medicina interna non già ricomprese tra le equipollenti alla gastroenterologia, oncologia ed equipollenti, scienza dell'alimentazione e dietetica ed equipollenti, mentre la chirurgia non ha discipline affini.

Una volta entrati al primo livello dirigenziale gli endoscopisti possono risalire le varie posizioni di cui all'art. 27 del contratto 1998-2001 riportati alla lettera:

D) incarichi di natura professionale conferibili ai dirigenti con meno di cinque anni di attività;

C) incarichi di natura professionale anche di alta specializzazione, di consulenza, di studio, e ricerca, ispettivi, di verifica e controllo;

B) incarico di direzione di struttura semplice. Questa (struttura semplice lettera B) si intende sia come articolazione interna della struttura complessa sia come struttura a valenza dipartimentale, che pur in assenza di un dirigente di II livello, è dotata di responsabilità ed autonomia nell'ambito del dipartimento.

Per quanto concerne l'endoscopia digestiva questa situazione (struttura semplice a valenza dipartimentale) ben si adatta specie nell'ambito dei dipartimenti funzionali in cui l'endoscopia digestiva si pone al Servizio sia delle strutture chirurgiche che internistiche, ponendosi in un certo senso a equidistanza tra loro, ad entrambe complementare.

Vi è infine una posizione di lavoro dell'endoscopista nell'ambito della struttura pubblica non "strutturata". Si tratta del contratto di lavoro libero professionale che non fornisce garanzia di continuità, ma viene oggi utilizzata per attività di cui non è programmabile lo sviluppo o attività che possono essere a termine come ad esempio esperienze pilota di screening.

LA FORMAZIONE DELL'INFERMIERE IN ENDOSCOPIA DIGESTIVA

La formazione dei lavoratori in tutti i settori è diventato un tema di interesse sociale e politico, esigenza di ogni economia e di ogni struttura organizzativa.

Uscita da una specie di isolamento elitario che la caratterizzava nel passato, è oggi considerata fattore necessario al successo e alla competitività dell'azienda, alla salvaguardia e allo sviluppo di livelli di professionalità per un numero sempre maggiore di lavoratori, in funzione sia della propria sicurezza e del proprio benessere, sia di quello dell'utenza.

Emerge la concezione di una *formazione come processo capace di ridurre la separazione tra momento formativo e momento lavorativo:*

- centrato sull'apprendimento come fattore di sviluppo individuale e condizione dello sviluppo organizzativo;
- come crescita culturale, sociale, professionale e personale dei soggetti per l'acquisizione di capacità di autonomia e di autodecisione su tutte le dimensioni del lavoro e della vita.

Se l'apprendimento deve essere funzionale al cambiamento individuale, organizzativo e collettivo, non basta imparare secondo una triade troppo acriticamente ripetuta: il sapere, saper fare, saper essere; la competenza più importante per il cambiamento è il saper divenire.

"*Esistere in formazione*" [1], significa che ci inseriamo definitivamente in un progetto di incontro, di scambio, di ascolto, di ricerca in cui ogni formazione che seguiamo apporta elementi di arricchimento, di completamento, di crescita.

La formazione diventa dunque legata alla nostra stessa funzione evolutiva; il concetto di "**esistere in formazione**", può quindi oggi aiutarci a definire ancor più il concetto di autotrasformazione, sganciandolo da un curriculum solamente nozionistico, o da un progetto di acquisizione di competenze che si compie tra certificazioni e master, spesso definito come formazione continua, per far risaltare invece al suo interno altri percorsi, tra cui la presa di coscienza della **responsabilità**.

La responsabilità che si apprende e si mantiene con difficoltà, consiste nella rielaborazione delle nostre conoscenze; spesso tuttavia è una responsabilità scomoda perché alcune idee nuove ci disturbano, alcune teorie perderanno consistenza e solidità e, a seconda dei momenti della nostra vita ci troveremo nella condizione del "dire" la formazione o "dell'ascoltare" la formazione [2].

A partire dal 1970 si è affermata infatti a livello sociale e in ambito scientifico, la *logica delle "competenze"*: essa avrà conseguenze ed implicazioni di ampia portata sotto diversi profili, a partire da quello della formazione.

Che significa: superamento del concetto di qualifica, di ruolo, di comportamenti lavorativi, e attenzione invece alla centralità della persona intesa come un insieme strutturato e dinamico di conoscenze, abilità, motivazioni, valori.

La professione infermieristica ha rivalutato e interiorizzato nei progetti formativi questi concetti ritenendo di importanza cruciale sviluppare la connessione tra la teoria e la pratica della formazione. A tale scopo è importante

seguire dei “*modelli rappresentativi*” per la facilitazione dei processi/percorsi dell'apprendimento [3] quali:

1. Descrivere il percorso di apprendimento: fasi e passaggi cruciali.
2. Evidenziare in ogni fase e passaggio, il tipo di facilitazione necessaria.
3. Indicare per ogni fase, possibili e preferibili set formativi, risorse, strumenti.

La formazione continua dell'infermiere che opera nei Servizi di Endoscopia Digestiva, se ben organizzata, è un classico esempio delle suddette teorie in quanto è una continua crescita professionale nel modo di operare nelle tecniche già acquisite e in quelle nuove. La revisione è generata dallo stimolo del confronto continuo, dal lavoro in équipe e dalla convivenza con colleghi e medici “esperti”.

TAPPE DEL PERCORSO FORMATIVO DELL'INFERMIERE

LA FORMAZIONE DI BASE

Per capire e comprendere i cambiamenti sul tema in questione che hanno investito l'attuale assetto della formazione infermieristica, riteniamo utile ripercorrere la strada effettuata nell'ultimo ventennio e che si lega ai profondi cambiamenti del sistema Sanitario e del mondo Universitario.

Dal 1980 inizia la discussione sul riordino della formazione infermieristica con l'inserimento della stessa nel sistema dell'istruzione pubblica (valore del titolo di studio e considerazione status sociale della professione), nonché la necessità, in seguito al processo di riforma del sistema sanitario di garantire alla società professionisti preparati a dare risposte di qualità che la riforma stessa richiedeva.

Il cambiamento auspicato si è imposto con la riforma degli ordinamenti didattici Universitari (Legge n. 341/1990). L'Università riforma la tipologia dei propri titoli di studio istituendo i diplomi universitari (primo livello di studi universitari).

Con l'istituzione del Diploma universitario è giunta a maturazione una svolta che gli infermieri italiani attendevano da tempo, con l'obiettivo di:

- affermare l'assistenza infermieristica quale disciplina scientifica autonoma
- promuovere una cultura professionale in grado di contribuire significativamente ad elevare il livello qualitativo dei Servizi Sanitari
- elevare standard formativi a livello europeo.

Dobbiamo però constatare che il passaggio alla formazione universitaria si snoda attraverso un percorso travagliato.

agli inizi degli anni 90 permaneva ancora un doppio canale formativo, quello tradizionale gestito dal Ministero della Sanità attraverso le regioni (Scuole per I.P.), e l'istituzione del nuovo “Diploma Universitario in Scienze Infermieristiche”. Gli ostacoli erano rappresentati in Parlamento dall'opposizione sia di gruppi politici che di altre categorie professionali tra i quali anche i medici.

Con il Decreto del Ministero dell'Università e della Ricerca Scientifica e Tecnologica del 2.12.1991, pubblicati sulla G.U. n. 131 del 5.06.1992, all'elenco delle lauree e dei diplomi contenuti nella Tabella I, allegata al RD n. 1652 del 30.9.1938, si aggiungeva finalmente il “**Diploma Universitario in Scienze Infermieristiche**”. In allegato al decreto inoltre veniva promulgata la tabella XXXIX-ter, contenente le norme generali e il relativo ordinamento didattico. Solo però con il successivo DLgs 502 del 30 dicembre 1992 si posero le premesse normative perché la formazione universitaria potesse soppiantare progressivamente ma in modo definitivo il precedente sistema.

Il Decreto del Ministro della Sanità n. 739/94 definisce poi il profilo *dell'infermiere identificandolo come “operatore sanitario che, in possesso del diploma universitario abilitante e dell'iscrizione all'albo, è responsabile dell'assistenza generale infermieristica”*.

Il decreto individua anche le aree per la formazione complementare post-base per la pratica specialistica intesa a fornire agli infermieri di assistenza generale delle conoscenze cliniche e delle capacità che consentano loro di fornire specifiche prestazioni infermieristiche nelle seguenti aree:

- Sanità pubblica: infermiere di Sanità pubblica
- Pediatria: infermiere pediatrico
- Salute mentale – psichiatria: infermiere psichiatrico
- Geriatria: infermiere geriatrico
- Area critica: infermiere di area critica

Il DM 24 luglio 1996 (GU 14 ottobre 1996, nr. 241), sancisce che:

- la formazione avverrà solo a livello universitario e nelle strutture del SSN con requisiti per divenire polo di formazione universitaria.
- Vengono soppressi tutti gli ordinamenti didattici precedenti dei diplomi dell'area sanitaria e vengono istituiti e regolamentati i 14 diplomi istituiti (dietista, fisioterapista, tecnico sanitario di radiologia...).
- Viene abrogata la tabella XXXIX e il relativo diploma in "Scienze Infermieristiche".
- Viene approvata e definita la nuova tabella XVIII Ter con il "Diploma Universitario per Infermieri"

Il Decreto 509/99 "Regolamento recante norme concernenti l'autonomia didattica degli atenei", rinforza la riforma universitaria e porta importanti modificazioni rispetto all'architettura della formazione ridefinendo i titoli universitari. (nota come riforma del 3+2).

1. Il primo livello formativo non sarà più il D.U. per infermiere, ma **la laurea infermieristica** che consente l'esercizio della professione e/o la continuazione degli studi univer-

sitari. La laurea, conseguita dopo un corso triennale, ha l'obiettivo di: "assicurare allo studente un'adeguata padronanza di metodi e contenuti scientifici generali, nonché l'acquisizione di specifiche competenze professionali".

2. Il II livello è la laurea specialistica (LS) in due anni: ha l'obiettivo di fornire allo studente una formazione di livello avanzato per l'esercizio di attività di elevata qualificazione in ambiti specifici".

3. Corso di specializzazione: Diploma di specializzazione, e il Dottorato di Ricerca conseguibili da chi è in possesso della laurea specialistica hanno invece: "l'obiettivo di fornire allo studente particolari abilità per funzioni richieste nell'esercizio di particolari attività professionali e può essere istituito esclusivamente in applicazione di specifiche norme di legge o di direttive dell'Unione Europea".

4. Le università possono, inoltre, attivare **corsi di perfezionamento scientifico e di alta formazione** dopo la laurea di primo livello o la laurea specialistica, a conclusione dei quali sono rilasciati i master universitari di I e II livello. In linea di massima al primo livello dovrebbero collocarsi le aree previste del profilo, al secondo la formazione specifica per l'insegnamento e la gestione dei servizi.

LA FORMAZIONE POST-BASE PER L'ASSISTENZA INFERMIERISTICA NELLE PROCEDURE ENDOSCOPICHE

L'abolizione del mansionario, un maggior livello di informazione e di consapevolezza raggiunta dai cittadini rispetto al tema "salute" pongono come elemento centrale delle professioni sanitarie "la competenza". Il nuovo stile della professione infermieristica all'interno di un sistema sanità in costante evoluzione sia dal punto di vista normativo, tecnologico, organizzativo, dei nuovi istituti contrattuali, in funzione di una riconosciuta centralità della persona, sollecitano alla revisione continua e all'aggiornamento delle competenze, con approfondimento formativo in settori particolarmente critici e complessi.

Nasce in questa logica il progetto di formazione post-base elaborato dalla Federazione IPASVI, che ha tenuto conto in particolare per l'infermiere dell'area critica, anche delle indicazioni fornite dall'associazione ANOTE.

La stessa associazione si chiede infatti se fosse giusta l'istanza presentata negli anni '80 di un riconoscimento formale circa la specificità dell'infermieristica endoscopica, analizzando i seguenti aspetti:

- L'applicazione della tecnologia endoscopica nella diagnostica, il monitoraggio ed il trattamento non invasivo (rispetto al trattamento chirurgico classico) di numerose patologie di

diversi apparati (gastrointestinale, genito-urinario, toraco-bronchiale, muscolo-scheletrico, otorinolaringoiatrico, etc.) che viene richiesto con maggior frequenza ed è in costante aumento.

- La caratteristica di invasività di tali procedure è per il paziente causa di notevole stress fisico e psichico, che può aumentare in relazione con l'età e con le condizioni di base, specialmente per le procedure in urgenza, per le quali è richiesto un processo infermieristico specifico e competente
- I pazienti che si sottopongono ad esami endoscopici hanno due diritti fondamentali: la garanzia dell'efficienza dello strumentario endoscopico, la sicurezza rispetto all'igiene ambientale e ai presidi utilizzati.

Per tali problematiche è evidente che un solo corso di base non fornisce le competenze necessarie per ben operare in un ambiente così specifico e delicato dove da un lato la tecnologia propone soluzioni strumentali sempre più sofisticate e delicate, e dall'altro le procedure diagnostiche terapeutiche sono in costante evoluzione. Sono altresì da considerare le necessità che l'Azienda Sanitaria ha di avere professionisti specificatamente preparati per alcuni ambiti, valorizzabili anche in contesti analoghi, per rendere sempre più efficace ed efficiente l'intervento endoscopico, rendendolo più sicuro per il paziente e riducendo i costi di manutenzione e riparazione dei presidi tecnico-sanitari, che da sempre sono numerosi e costosi in ambiente endoscopico. L'Associazione ANOTE delinea così il Profilo dell'Infermiere competente nell'assistenza infermieristica nelle procedure endoscopiche e diagnostiche-terapeutiche invasive dopo che questi abbia conseguito un modulo di competenza specifico.

MODULO DI FORMAZIONE IN ASSISTENZA INFERMIERISTICA NELLE PROCEDURE ENDOSCOPICHE E DIAGNOSTICO-TERAPEUTICHE INVASIVE PROPOSTO DALL'ASSOCIAZIONE A.N.O.T.E.

MODULO A.N.O.T.E.

Obiettivo generale del corso:

Guidare e sostenere lo studente nell'approfondimento e nell'acquisizione dei modelli cognitivi, comportamentali e gestuali necessari a svolgere con elevata qualità l'assistenza infermieristica in riferimento costante al profilo dell'infermiere competente nell'assistenza nelle procedure endoscopiche e diagnostiche-terapeutiche invasive. Il corso rappresenta un requisito preferenziale per la destinazione nei Servizi di Endoscopia.

Istituzione del corso:

- Titolo di accesso: diploma di Infermiere
- Durata del corso: 250 ore
- Esame finale con valore certificante

IL MODULO È ORGANIZZATO IN 4 UNITÀ DI APPRENDIMENTO

| 1 | 2 | 3 | 4 |
|---|---|--|---|
| La gestione delle procedure endoscopiche e diagnostiche-terapeutiche invasive | L'assistenza diretta al paziente sottoposto a procedure endoscopiche o diagnostiche-terapeutiche invasive | La gestione del controllo infettivo e della sicurezza ambientale | L'organizzazione delle attività infermieristiche in un servizio di endoscopia |



MASTER DI PRIMO LIVELLO INFERMIERISTICA IN AREA CRITICA

Proposto dalla Federazione Nazionale dei Collegi IPASVI, che sentite le associazioni specifiche di settore (nel nostro caso ANOTE), ha formulato le "Linee Guida per il master di primo livello" infermieristica in Area Critica.

ARTICOLAZIONE DEL PERCORSO

Percorso Comune Ore 700 - CFU 28

C1

Epidemiologia
Metodologica di analisi,
sistema Informativo,
Gestione dei processi,
Assistenza,
Sviluppo di qualità
in area critica



C2

- Evidenza scientifica
- Ricerca ed educazione nell'infermieristica

Percorso CARATTERIZZANTE Ore 800 - CFU 32

C3

Infermieristica in
Chirurgia
generale e
specialistica

C4

Infermieristica
nella gestione
delle stomie

C5

100 ORE
INFERMIERISTICA
IN ENDOSCOPIA

C6

Infermieristica in
Sala Operatoria

C7

Infermieristica in
Anestesia
e Terapia
antalgica

UNITÀ DI APPRENDIMENTO 1

ACCOGLIENZA E ORIENTAMENTO
ALLA PERSONA NEI SERVIZI DI
ENDOSCOPIA DIGESTIVA

UNITÀ DI APPRENDIMENTO 2

LA GESTIONE DELLA PERSONA
SOTTOPOSTA
A PROCEDURE ENDOSCOPICHE

Nel Master con indirizzo Chirurgia Generale e specialistica è inserito un modulo o Corso di Perfezionamento: Infermieristica in Endoscopia. Il master è strutturato in sette Moduli o Corsi di Perfezionamento che sviluppano le specifiche competenze dell'infermiere in chirurgia generale e Specialistica: due moduli di percorso comune e cinque moduli "percorso caratterizzante".

LA FORMAZIONE DEL NEO-ASSUNTO

L'ingresso al lavoro, inteso come inserimento / formazione è considerato un momento critico per il neo-assunto che inizia l'attività lavorativa nei Servizi di Endoscopia Digestiva. Per evitare che questi sia costretto ad inserirsi facendo ricorso alle capacità personali, imparando da solo e prendendo a riferimento modelli che appaiono i più idonei, senza che lo siano necessariamente, diventa indispensabile progettare uno strumento in grado di governare questa fase così delicata.

L'inserimento è quella "fase nella quale in neo-assunto entra a far parte dell'organico dell'unità operativa mediante un apprendimento ed un coinvolgimento progressivo nelle attività di routine e in quelle straordinarie".

Tale fase ha due obiettivi:

1 Permettere al neoassunto di acquisire la piena consapevolezza della propria professionalità e del contributo che essa può dare all'organizzazione dell'unità operativa.

1 Fornire ai colleghi l'occasione per un ripensamento collettivo delle proprie modalità operative, infatti un corretto inserimento rende il nuovo operatore una risorsa.

I requisiti per un buon processo di inserimento sono i seguenti:

- Presenza di un'analisi organizzativa che riveli i punti e i momenti critici dell'organizzazione, da presidiare con attenzione.
- Coinvolgimento di tutto il personale.
- Condivisione, da parte del neo assunto e del personale, degli obiettivi e della metodologia.
- La personalizzazione del metodo alle esigenze del singolo caso, vanno infatti stabiliti dei criteri di fondo, all'interno dei quali il singolo programma sarà adattato alla singola situazione.

Parliamo attualmente di "processo di Mentoring", inteso come "quell'attività all'interno delle organizzazioni finalizzata alla promozione delle potenzialità individuali attraverso la realizzazione di un percorso di apprendimento guidato da un collega più anziano e più esperto (il mentor)" [4].

Il Mentoring è una delle strategie di inserimento e formazione, e le considerazioni inizialmente fatte ci inducono a proporre questo processo come pratica maggiormente coerente sia agli attuali contesti di lavoro che richiedono sempre più al soggetto capacità di lettura/interpretazione e di innovazione, sia alla figura dell'Infermiere, e vogliono raggiungere il risultato del tentativo di coniugare in modo realistico la teoria e la pratica.

Le sue funzioni sono:

- Sostenere il processo di apprendimento
- Trasmettere la cultura, cioè i valori, la mission e gli obiettivi dell'organizzazione
- facilitare il percorso di iniziazione (ruolo, responsabilità, procedure di lavoro utilizzate)

L'efficacia del processo di Mentoring è strettamente collegata alla natura ed alla qualità della relazione che si instaura tra mentor e neoassunto. Ma è proprio sulla costruzione di questa "relazione" speciale, strutturata sulla base dei bisogni di formazione e sviluppo del neoassunto, che il processo raggiunge le sue finalità.

I livelli di articolazione del progetto da presidiare sono:

- implementazione di un programma formale di mentoring;
- definizione di un profilo di competenze per il ruolo di mentor;
- individuazione di figure di supervisori e di momenti di incontri di gruppo per la verifica della relazione

Un programma di mentoring si sviluppa attraverso 5 tappe:

1. individuazione del neoassunto
2. individuazione dei mentor
3. definizione del contratto di mentoring, con la formulazione del progetto: obiettivi, metodi e verifiche
4. attuazione del processo con incontri tra mentor e allievo, attività di verifica, stesura di relazioni sui risultati, sulle difficoltà incontrate e sugli sviluppi futuri
5. scioglimento del contratto

Ogni realtà operativa seguendo la metodologia proposta dal processo di Mentoring, dovrà sviluppare un proprio progetto di inserimento e formazione del neo-assunto specificando:

- obiettivi generali e obiettivi specifici (per il mentor e per il neo-assunto)
- tempi (tappe di formazione progressiva)
- risorse utilizzate
- indicatori di verifica (per mentor e neo-assunto).

CONCLUSIONI

Siamo consapevoli che la formazione non si concluda con i percorsi formativi previsti, ma che la stessa sia la strategia per lo sviluppo e la valorizzazione delle risorse umane che, nelle organizzazioni del lavoro, giocano un ruolo essenziale e determinano la differenza del servizio erogato "la qualità fornita al cliente è fondamentalmente il risultato del modo in cui le persone operano" [5].

Diventa quindi importante all'interno di ogni Azienda Sanitaria e di ogni Unità Operativa e/o Dipartimento pianificare la formazione di tutti gli operatori formulando progetti e programmi che condivisi pongano l'infermiere in grado di fornire prestazioni assistenziali di elevata qualità, di acquisire consapevolezza sulle trasformazioni in atto nelle organizzazioni e che gli consentano di gestire l'incertezza e i processi di miglioramento continuo, di assumere la responsabilità della risoluzione dei problemi e della presa di decisioni, per fornire al cittadino cliente, la fruizione di prestazioni sanitarie di elevata qualità e alto grado di soddisfazione.

BIBLIOGRAFIA

1. Honoré B. Vers l'oeuvre de formation-l'ouverture à l'existence. L'harmattan, Paris 1992
2. Fabbri D. L'esperienza dell'apprendere in: Di Nubila, Fabbri, Margiotta Cedam Padova 1997
3. Brusciaglioni. Le imprese come culture in: Gagliardi P. - Isedi - Utet 1995
4. Cortese C. Mentoring e formazione. For - Rivista per la formazione pag 21-56 - 1997
5. La gestione strategica dei servizi. Etas - libri 1994
6. C.G. Edizioni medico scientifiche .Guida all'esercizio della professione Infermieristica
7. Manuale giuridico professionale per l'esercizio del nursing. Benci L, McGraw-Hill 1996
8. Linee guida per il master di primo livello infermieristica in area critica. D'Innocenzo M, Massai D, Gennaro R, Sasso L, Silvestro A, Valerio G, Vallicella F.
9. Proposta di programma per un modulo di formazione complementare. Associazione ANOTE. Alberani L, dall'Oglio I, Tincani M.

LA REALIZZAZIONE DI QUESTO PROGETTO EDUCAZIONALE È RESA POSSIBILE GRAZIE AL CONTRIBUTO DI

