

INFERMIERI PROFESSIONALI ASSISTENTI SANITARI VIGILATRICI D'INFANZIA

IL VALORE DELL'APPARTENENZA PER CONDIVIDERE IL CAMMINO

Trimestrale N°2
Settembre 2003
Spedizione in
a.p-45% art.2

comma 20/b-legge 662/96-dcb-ve ORGANO UFFICIALE DEL COLLEGIO IPASVI DI YENEZI

IN CASO DI MANCATO RECAPITO RESTITUIRE AL C.M.P. DI VENEZIA PREVIO PAGAMENTO RES

SOMMARIO



Martedì

Giovedì

Mercoledì

Venerdì

Mestre

dalle 14.30-17.30

dalle 10.00-12.30

P.le L.da Vinci n°8

fax 041-5040882

Tel.041-5055951 tele-

E-Mail: ipasvive@tin.it

C.P 98 Mestre Centro

cap.30172 Mestre-Ve

SPAZIO APERTO

Proprietario ed editore "Collegio provinciale IPASVI di Venezia"

Trimestrale a carattere scientifico.

Registrazione presso il tribunale di Venezia

n° 1448 del 23.05.2003

Finito di stampare dicembre 2003

Costo rivista 0,40 euro

Stampato da : "stamperia cetid s.r.l" via Mutinelli 9 30173 Venezia Mestre tel. 0415345839 fax 041611725 - cetid@tin.it

Direttore responsabile

Luigino Schiavon

<u>Direzione-Redazione-Amministrazione</u>

P.le L.da Vinci n8 Mestre
Tel.041-5055951 telefax 041-5040882

E-Mail: ipasvive@tin.it

C.P 98 Mestre Centro cap.30172 Mestre-Ve

Comitato redazionale

Alessandra Semenzato,Luigino Boldrin,
Sergio Bontempi,Patrizia Biscaro,
Federica Bortoletto,Andrea Carisi,
Alessandra De Pieri,Margherita Folin,
Mario lannotta,Giuliano Marangoni,
Carlo Masato,Chiara Rizzo,Mario Vidal.

Comitato editoriale

Luigino Schiavon, Carlo Masato, lannotta Mario, Andrea Carisi.

Segreteria di redazione

La pubblicazione del materiale è subordinata al giudizio della redazione.articoli,note e recensioni ,firmati o siglati,impegnano esclusivamente la responsabilità dei loro autori.

In copertina

Autore: Sandra Masato Titolo: Opera su tela tecnica mista Gentilmente concessa al Collegio IPASVI di Venezia.

DIRETTIVO 2003-2005

Presidente: Schiavon Luigino

Vice presidente: Semenzato Alessandra

Tesoriere: Luigino Boldrin Segretario: Sergio Bontempi

Consiglieri: Patrizia Biscaro, Federica Bortoletto, Andrea Carisi,

Alessandra De Pieri,Margherita Folin,Mario Iannotta,

Giuliano Marangoni, Carlo Masato, Chiara Rizzo, Mario Vidal.

Revisori dei conti: Degan Mario Vivian Eddie Zanardo Adriano

PAGINA 3

L'EDITORIALE

di Luigino Schiavon

PAGINA 4

Seminario di studi di Carlo Masato

PAGINA 5

Libera professione: a proposito di prestazioni aggiuntive di Alessandra Se menzato

Documenti, articoli, lettere, dovranno essere inviati all'indirizzo E-Mail : i-pasvive@tin.it

In formato Word. Il comitato di redazione ne valuterà la pubblicazione.



PAGINA 6

La Psichiatria in rete di Carlo Alberto Camucio

PAGINA 9

"Piccolo Principe" dottorclown a Mestre

PAGINA 10

I vostri quesiti

PAGINA 11

E l'immagine sociale ? Di **Alvise Da lio**



2

EDITORIALE

di Luigino Schiavon

VI entre stiamo andando in stampa viene pubblicato l'esito dell'indagine sulla qualità percepita dai cittadini ricoverati negli ospedali dell'Azienda n.12 "Veneziana". Ne emerge un quadro la cui lettura mi permette di fare alcune valutazioni interessanti. I cittadini non solo riconoscono la soddisfacente assistenza infermieristica (43% soddisfatti, 52% molto soddisfatti) ma anche le informazioni che dagli infermieri stessi ricevono (51% soddisfatti, 39% molto soddisfatti). I dati in sé sono lusinghieri e dimostrano, se ce ne fosse ancora bisogno, che l'infermiere sa essere vicino ai bisogni dei pazienti più di altri e sa stabilire buoni rapporti di comunicazione. La nostra storia professionale ci ha dato basi che fanno della attenzione alla persona una priorità inalienabile. Non è il solo tecnicismo che fa l'infermiere, ma la sua capacità di interagire, di essere presente, di saper ascoltare, di saper esserci. Tanto il cittadino ci considera positivamente, quanto alcune istanze politiche, sindacali e professionali non intendono riconoscere questo ruolo alla nostra professione. Ciò è visibile anche dai risultati della scheda.Ma più che guardare indietro forse è utile capire quale sarà il nostro futuro. In questi giorni è stato firmato anche il nuovo contratto. Vi sono alcune novità di rilievo: i passaggi automatici per le funzioni di caposala, gli incentivi ad alcune attività come per i SERT e l'assistenza domiciliare, una nuova definizione per la dirigenza infermieristica. Non sarà certo il contratto a dare ossigeno alla professione, dovremo farlo noi, con impegno e caparbietà. Nel mese scorso ho incontrato i Direttori



QUESTIONARIO PER DEGENTI OSPEDALIERI TOTALE ULSS **QUALITA' PERCEPITA ANNO 2003**

35.51% PAZIENTE OPERATO 49,82% UOMO

TOTALE QUESTIONARI COMPILATI TOTALE DIMESSI NEL PERIODO % DIMESSI CHE HANNO COMPILATO IL QUESTIONARIO	1.850 2.593 71%			
	MOLTO INSODDISFATTO	UN PO' INSODDISFATTO	SODDISFATTO	MOLTO SODDISFATTO
AREA SANITARIA CLINICA				
ASSISTENZA MEDICA ,	3%	9%	47%	41%
ASSISTENZA INFERMIERISTICA	2%	4%	42%	52%
INFORMAZIONI DAI MEDICI SULLA DIAGNOSI	3%	13%	48%	36%
INFORMAZIONI DAI MEDICI SUL DECORSO DELLA MALATTIA	3%	14%	48%	35%
INFORMAZIONI RICEVUTE DAGLI INFERMIERI	2%	8%	51%	39%
	3%	9%	47%	41%
AREA ORGANIZZAZIONE				
CONSULENZA DI ALTRI REPARTI	2%	16%	55%	27%
ORARIO ED ORGANIZZAZIONE DELLE VISITE	3%	13%	53%	31%
ATMOSFERA DI REPARTO	3%	9%	51%	37%
TIPO DI RELAZIONI UMANE NEL REPARTO	2%	8%	51%	39%
ORGANIZZAZIONE DELLA GIORNATA NEL REPARTO	3%	14%	59%	24%
ORARIO DEI PASTI	6%	23%	52%	19%
	3%	14%	53%	30%
ARFA ALBERGHIERA				
PULIZIA NEL REPARTO	3%	15%	51%	31%
PULIZIA E COMFORT DEI SERVIZI	8%	22%	45%	25%
AMBIENTE E COMFORT	5%	19%	49%	27%
TELEFONI	16%	24%	41%	19%
CIBO: PRESENTAZIONE	8%	23%	51%	18%
CIBO: QUALITA'	10%	30%	43%	17%
CIBO: QUANTITA'	5%	21%	53%	21%
	8%	22%	47%	23%
AREA GENERALE				
GRADO COMPLESSIVO DI SODDISFAZIONE DEL RICOVERO	2%	7%	60%	31%

Generali delle Aziende Sanitarie della nostra provincia. Prima degli incontri sono stati sentiti i colleghi Dirigenti. Ci si aspetta che alle attestazioni di stima e apprezzamento possano far seguito atti concreti.

Nel mettere in stampa questo numero di "Spazio Aperto" tante sono le cose che ancora vorrei comunicare alle colleghe ed ai colleghi, ma mi limito per ora ad augurarci un Buon Natale ed un Sereno Anno Nuovo, ne abbiamo bisogno noi e con noi le nostre famiglie. Auguri che attraverso il nostro giornale vogliamo portare anche nelle corsie, nelle case, negli ambulatori, nei servizi. Là dove c'è una infermiera o un infermiere possa esserci in questi giorni di festa anche tanta serenità. Un grande augurio anche ai tanti nuovi colleghi e colleghe che, finite le fatiche universitarie, cominceranno a mettere al servizio dei cittadini e dei colleghi la loro professionalità.



Luigino Schiavon

SEMINARIO DI STUDI

di Carlo Masato

a nomina del nuovo direttivo, è seguita da un

seminario residenziale programmatico che per l'occasione questo anno si è tenuto in due edizioni: Castrocaro e Palermo. La riconferma del direttivo precedente è senza dubbio un segno di fiducia verso un'equipe affiatato e fortemente motivato, impegnata al raggiungimento di traguardi prestigiosi per la professione.

La strada intrapresa tuttavia presenta molteplici difficoltà ed il rischio che generi "una crisi di identità professionale", lo forzo e l'impegno collettivo è di ritrovarci uniti nei principi etico professionali, attraverso il dialogo ed il confronto nei luoghi che ci appartengono e ci rappresentano. L'appuntamento di Castrocaro e di Palermo, momento durante il quale il direttivo nazionale ha presentato il programma del triennio, è stato certamente un momento ricco di riflessioni e di stimoli verso il cambiamento, possiamo dire un momento "rigenerativo"? certo lo possiamo dire, ma nel contempo anche di forte disagio proprio perché in quel contesto si è resa evidente ed incontrovertibile la dicotomia tra il vertice e la base della professione. Nella terra di mezzo si configurano i collegi provinciali, i quali spesso non sanno unire questi due lembi rischiando così di aumentare la separazione e la disgregazione. Certo i collegi provinciali potrebbero fare molto di più, magari anche con l'aiuto degli iscritti, forse c'è bisogno di maggiore collaborazione e di feedback. In questo senso c'è in noi la necessità, e la massima disponibilità a confrontarci con ali iscritti attraverso tutti i canali che favoriscano il dialogo. Dal congresso arrivano buoni "venti" sul fronte della copertura legale a 360°. Un progetto che attraverso la costruzione di un data base di tutte le cause professionali in corso e di tutte le sentenze che riguardino la professione infermieristica, vuole centralizzare l'aspetto legale per affrontare in modo completo ma soprattutto specialistico il problema in questione. Assistere il singolo professionista diventa assistere l'intera professione così come l'errore del singolo coinvolge tutta la professione, il principio quindi è di creare una banca dati a cui fare riferimento come patrimonio comune. L'aspetto legale interessa in questi ultimi anni un crescente numero di professionisti in ambito sanitario, l'obiettivo quindi è la formazio-





ne di un pool di avvocati coadiuvati da un "comitato tecnico scientifico" referente costituito da infermieri, con lo scopo di analizzare da un punto di vista legale fedelmente interfacciato con l'ambito lavorativo nel quale nasce il contenzioso. Progetto molto ambizioso ma estremamente importante per una professione che si ritenga tale, e che voglia tutelarsi tutelando in questo modo anche l'utenza nel senso della qualità professionale a tutti gli effetti. Nasce così il "SISTEMA DI PROTE-ZIONE PROFESSIONALE I.P.A.S.V.I." ossia la copertura assicurativa per responsabilità civile attraverso una polizza tra Reale Mutua Assicurazioni e Federazione Nazionale dei Collegi IPASVI. L'ulteriore novità sono i premi assicurativi assolutamente interessanti ed il vincolo temporale della polizza, maggiori dettagli verranno certamente diffusi sia a livello nazionale che locale attraverso incontri specifici con i referenti del progetto. L'invito quindi è di richiedere informazioni in merito, e di attendere prima di aderire ad altre formule assicurative, proprio per il fatto che il vantaggio è non solo economico, ma soprattutto professionale; una sola copertura legale rappresentata da referenti legali unici per tutta la categoria, diventa forza, qualità, e soprattutto sicurezza per ciascuno di noi. Cerchiamo di pensare che il collegio è un grosso patrimonio comune e una conquista che altre professioni stanno a fatica lottando per avere, e che vale certamente la pena continuare a sentirci parte di esso anche e soprattutto in momenti di smarrimento come questi.

Carlo Masato

4. "Spazio Aperto"



LIBERA PROFESSIONE

A PROPOSITO DI PRESTAZIONI AGGIUNTIVE

o sviluppo della professione infermieristica in Italia ha avuto ultimamente, un'evoluzione importante, aprendo altresì, agli infermieri una vasta scelta di impiego, in settori assai diversi. Ed è vero anche che, tra i vari ambiti di attività per gli infermieri, la libera professione sta registrando un crescente interesse, sia tra i professionisti sia tra gli utenti, che pur beneficiando del loro contributo, ancora non ne conoscono chiaramente i ruoli e le corrette definizioni.La libera professione si caratterizza per il rapporto diretto con i clienti e per l'autonomia d'intervento: aspetti entusiasmanti, ma altrettanto delicati. L'infermiere così si trova a dover fornire prestazioni assistenziali, rispondendo del risultato direttamente all'assistito. Posizione questa, nuova per molti aspetti, della quale è necessario prendere atto per potersi da un lato tutelare, dall'altro acquisire maggiore consapevolezza delle proprie capacità personali. Per questo motivo, il professionista deve sviluppare innanzitutto, una chiara consapevolezza del campo di attività specifico nel quale opera; attività che si caratterizzano per essere autonome e talvolta delegate da altre figure professionali. In secondo luogo deve essere cosciente del ruolo che ricopre, nell'ambito dell'assistenza al cittadino in genere. Perciò deve essere disposto dapprincipio, a riflettere intorno alla propria esperienza professionale, anche in prospettiva di impostare un percorso formativo, formulato ad hoc. Inoltre, si vuole sottolineare l'importanza dello scambio d'idee, della disponibilità al dialogo ed alla critica, che solo attraverso la condivisione di obiettivi comuni è possibile realizzare, perché un gruppo professionale possa realmente avere credito nella società. Ed il corso d'aggiornamento proposto vuole essere appunto un primo momento d'incontro a tal fine. Altri aspetti che fanno da cornice e supporto, che meritano altresì un approfondimento, comprendono le problematiche gestionali ed amministrative.

Le nuove norme, che hanno portato dei cambiamenti in materia di "prestazioni aggiuntive", compaiono nel Decreto Legge n.402 del 12.11.2001, convertito in Legge 8 gennaio 2002. Esse sanciscono la

natura libero professionale di dette prestazioni. Per cui i dipendenti che svolgano attività professionale oltre l'orario normale, in base a quanto pattuito con l'Azienda, dovranno essere iscritti anche alla Cassa di Previdenza a favore d'IPASVI. In quanto l'assoggettamento previdenziale per le prestazioni aggiuntive spetta d'ora in poi, a quest'ente. Più chiaramente lo si può desumere dall'informativa di cui sopra, datata 19.08.2002, la quale ribadisce il carattere libero professionale delle prestazioni aggiuntive.l passi successi definiscono ulteriormente la questione: Maggio 2003 viene definitivamente sancito che l'assoggettamento previdenziale sarà esercitato unicamente dalla Cassa di Previdenza a favore di IPASVI. Giugno 2003 l'INPDAP dà ulteriori disposizioni alle Aziende in merito al recupero della contribuzione pregressa. Luglio 2003 La Cassa di Previdenza IPASVI trasmette alle Aziende un modulo per effettuare l'iscrizione, da raccogliere da parte dei soggetti interessati. Quest'iscrizione per ora è utile ai fini della sola VALUTAZIONE del fenomeno. Ancora non è stata richiesta alcuna contribuzione, in quanto dovranno esserne precisati gli importi specifici, diversificandoli. Si vuole infatti, promuovere un testo normativo che consenta di: Instaurare un rapporto diretto con le Aziende, svincolando i professionisti da ogni onere; Definire un MINIMO contributivo specifico per le prestazioni aggiuntive. In questo modo si vogliono rassicurare i professionisti coinvolti, in quanto i prossimi vari passaggi dovrebbero essere gestiti direttamente tra le varie Aziende e la Cassa di Previdenza.

Le prestazioni orarie aggiuntive degli infermieri dipendenti

Lettera Circolare del 24/07/2003

L'art. 1, comma 2 del D.L. 12 novembre 2001, convertito con modificazioni dalla Legge 8 gennaio 200-2 n. 1, prevede che le Aziende U.S.L., le Aziende Ospedaliere, le Residenze sanitarie per anziani, gli Istituti di riabilitazione, gli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico e le case di riposo, previa autorizzazione della Regione, possono remunerare agli Infermieri dipendenti, in forza di un contratto con l'azienda, prestazioni orarie aggiuntive rispetto a quelle proprie del rapporto di dipendenza ed effettuate al di fuori dell'impegno di servizio. Tali prestazioni sono rese in regime libero professionale e assoggettate alla tutela previdenziale della Cassa IPA-SVI. Al riguardo la Cassa ha provveduto a trasmettere, a tutte le Strutture interessate, apposita circolare esplicativa.



Spazio Aper- to"

LA PSICHIATRIA IN RETE

L'OFFICE INFERMIERISTICO

a creazione dell'office infermieristico risale a circa 4 anni fa e ha rappresentato la risposta ad una serie di esigenze che i Servizi Psichiatrici di Venezia trovavano difficoltà a gestire convenientemente.

La creazione di un servizio psichiatrico funzionante secondo modalità di rete, l'aumento di complessità della gestione amministrativo-organizzativa e clinica, la creazione di nuovi ambiti di lavoro infermieristico, l'arrivo nei servizi di nuove figure professionali, ma anche di nuove tipologie di infermiere, hanno comportato di necessità la creazione di un ufficio infermieristico con funzioni di coordinamento che affiancasse, e in parte sostituisse, il vecchio schema direttivo nel quale la dirigenza infermieristica era esclusivamente centrata sulla caposala, secondo uno schema gerarchico verticale.

Premessa

Nelle strutture ospedaliere la complessità del lavoro infermieristico è legata prevalentemente a variabili tecniche,così come tecniche sono le competenze infermieristiche. Inoltre:

- tali variabili sono limitate nel tempo,
- la patologia è legata a criteri oggettivi che, di massima, non coinvolgono l'operatore nelle sue componenti soggettive,
- il paziente non coinvolge le proprie parti soggettive di personalità durante l'assistenza, o perlomeno la cura di tali aspetti (seppur molto presenti nella letteratura e nella teoria infermieristica) vengono praticamente in secondo ordine rispetto alle esigenze clinico-tecniche (secondo il modello biomedico prevalente nella pratica clinica attuale),
- il paziente poi aderisce ai piani di trattamento e di assistenza con buona compliance.

Nel lavoro infermieristico psichiatrico questi elementi vengono spesso a essere rovesciati dato che:

- l'assistenza è di natura relazionale, competenza primaria anche per l'espletamento di parti tecniche,
- i pazienti in carico agli infermieri hanno la maggior parte dei casi patologie psicotiche

di Carlo Alberto Camucio CSM Palazzo Boldù Venezia

o ciclotimiche con tendenza alla cronicità, e frequentano i servizi per molti anni,

- l'operatore infermieristico viene ad essere coinvolto nelle sue parti soggettive di personalità sia passivamente sia attivamente, intendendo l'uso delle proprie risorse di personalità una risorsa da utilizzare nel trattamento,
- la patologia quindi del paziente interessa proprio la struttura della sua personalità e presenta sintomi soggetti spesso a una interpretazione soggettiva più che oggettiva,
- il che gli impedisce di aderire ai piani di trattamento e di assistenza presentando quindi una scarsa compliance.

Metodologicamente l'assistenza infermieristica di tipo tecnico sopra descritto è di un tipo sicuramente complesso; o meglio, in cui la complessità deriva prevalentemente dalla somma di legami lineari legati ad una logica

Viceversa il lavoro infermieristico psichiatrico ha una complessità legata prevalentemente non alla somma delle variabili, ma alla stessa natura complessa di ognuna di queste. I bisogni stessi dei pazienti sono molteplici e legati ad ambiti non esclusivamente sanitari, ma sociali, lavorativi, affettivi, di cittadinanza, ecc.. . Soddisfarli vuol dire non ridurli, ma confrontarsi con varie figure adottando frames cognitivi e strutture organizzative adeguate.

La stessa struttura organizzativa e clinica dei servizi psichiatrici è pensata per dare risposta ai bisogni (problemi) complessi dei pazienti. Abbiamo infatti dei servizi imperniati su varie strutture (Csm con l'attività domiciliare, Spdc, Centro Diurno, Dh, Case alloggio, Ctrp) in modo da trattare il paziente a seconda delle sue fasi psicopatologiche e dare quindi una risposta adeguata ai suoi bisogni. Lo strumento della équipe multiprofessionale rappresenta una microstruttura per fornire al singolo caso l'assistenza adeguata e personalizzata.

Tipologie di nursing

Le tipologie di assistenza infermieristica psichiatrica, con una imprescindibile forte base comune, saranno sfumatamene diverse a seconda che tale lavoro avvenga in una struttura piuttosto che in un'altra (ad esempio: il modello di nursing in un Spdc sarà diverso rispetto a quello, sempre infermieristico psichiatrico, di un Dh con laboratori riabilitativi). Possiamo dire che in un servizio a rete il paziente non incontra più differenti operatori ma incontra differenti strutture che necessariamente devono essere collegate fra loro secondo un modello a matrice: quindi gli infermieri devono essere collegati fra loro, comunicare in modo che il progetto, o piano di assistenza del paziente non venga

be essere fatta tenendo conto delle esigenze e di queste differenti realtà operative, quindi dovrebbero essere coinvolti gli infermieri di ogni singola unità operativa del servizio che il paziente si troverà ad attraversare.

Pur tenendo conto che il responsabile in tutti i suoi aspetti del trattamento e della progettualità del paziente è l'équipe multiprofessionale, questa non esaurisce le esigenze di coordinamento fra le figure professionali dei vari servizi. Se l'équipe, della quale è responsabile un medico, traccia le linee progettuali (la destinazione), il piano di assistenza (la rotta) è competenza infermieristica. Proprio per evitare di risolvere la complessità clinica secondo una logica lineare di singoli problemi affrontati singolarmente, a compartimenti stagni, il coordinamento deve essere componente organizzativa presente e prioritaria nella conduzione clinica. Esso deve avvenire sia a livello di unità operativa singola all'interno delle strutture d'équipe, sia a livello trasversale fra unità operative del servizio (o dipartimento) con delle strutture organizzative apposite.

E' da sottolineare che lo stile di lavoro infermieristico dei Servizi Psichiatrici di Venezia, in particolare quello del territorio e della assistenza domiciliare, è caratterizzato, per necessità operativa e clinica, da una forte autonomia e discrezionalità. La stessa adozione di un modello di lavoro per cui ogni paziente è seguito da due infermieri referenti (a parte situazioni particolari in cui si allarga la "rosa"), evitando il modello per il quale "tutti seguono tutti", favorisce l'autonomia infermieristica. Ognuno di questi modelli si presta a critiche ma anche a pregi: se il primo può portare ad eccessiva discrezionalità e personalismi, con la nascita talvolta di relazioni disfunzionali, il secondo non permette una buona profondità relazionale e quindi terapeutica.

Senza un efficace coordinamento infermieristico si rischierebbe una dispersione ed una personalizzazione eccessiva del trattamento con notevoli problemi clinici ed organizzativi, e scarsa incisività terapeutica ed assistenziale. Questa autonomia, che nasce anche dalla particolarità del lavoro infermieristico basato sulla relazione, di per sé poco standardizzabile (ma anche da fattori logistici quali ad esempio il lavorare da soli a domicilio del paziente o sul territorio), ha storicamente portato a poche possibilità di un efficace controllo degli esiti da parte degli organi di direzione infermieristici preposti (la caposala). In parte perché distante il più delle volte dal lavoro clinico, in parte perché soprattutto negli ultimi anni, coinvolta in compiti amministrativi e di middle management sempre più pressanti e gravosi.

Tali problemi si sono acuiti negli ultimi anni con l'arrivo di nuovi infermieri,

L'OFFICE INFERMIERISTICO

inseriti spesso per necessità operative (minor personale e elevato turn-over) senza un opportuno training e tutoring. Inoltre molti di tali infermieri avevano caratteristiche diverse da quelli arrivati in passato:

molti avevano già esperienze professionali anche al di fuori dell'ambito sanitario,

- età media più elevata,
- con titoli di studio più elevati,
- percorsi di studio più centrati sull'infermieristica moderna (analisi dei bisogni, lavoro per protocolli e piani di assistenza, nursing proud).

Caratteristiche, ribadiamo, diverse da quelle degli infermieri che li avevano preceduti.

Si trovavano inoltre ad essere inseriti in gruppi dove le figure professionali di elevata esperienza, legittimate ad essere ascoltate proprio da questo, cominciavano a mancare. Un'ulteriore differenza, nel caso

specifico di Venezia, era che queste figure non hanno conosciuto altre strutture psichiatriche al di fuori della unità di assegnazione (ad esempio: la turnazione serrata avvenuta a San Clemente per 3 anni prima della chiusura che ha coinvolto tutti gli infermieri del Csm di Palazzo Boldù).

Tutti questi fattori hanno comportato la difficoltà ad uniformare gli stili di lavoro infermieristico ricadendo nei rischi di frammentazione e personalizzazione, se non nella perdita di senso del lavoro psichiatrico. Si trovavano a lavorare insieme infermieri con differenti stili di lavoro e di nursing, e le équipe non erano ormai in grado di riassorbire questi problemi. Un'ulteriore problema era la scarsa autonomia del gruppo infermieristico in sé, nel senso che spesso era il medico d'équipe che improntava lo stile di lavoro dell'infermiere; la situazione paradossale che si creava era quella di un infermiere autonomo, ma strettamente dipendente dallo stile di lavoro del singolo medico, quasi una paternalistica concessione di autonomia, ma non una vera e propria autonomia e discrezionalità basata sulla consapevolezza dell'efficacia del proprio lavoro di nursing. Un'autonomia a breve raggio che rischiava di non trovare più legittimazione qualora fosse cambiato il medico e stile di lavoro.



L'OFFICE INFERMIERISTICO

L'office infermieristico

La ristrutturazione dei Servizi Psichiatrici di Venezia, avvenuta con il nuovo primario, con la creazione un servizio a rete, ha comportato la necessità di istituire internamente una struttura organizzativa di coordinamento infermieristico.

Da un lato bisognava assicurare il regolare svolgimento dei compiti organizzativi e amministrativi, dall'altro armonizzare, far crescere, sistematizzare e coordinare il nursing. Veniva quindi creato l'office infermieristico: una struttura basata sulla presenza di una caposala e dei referenti (o coordinatori) clinici infermieristici, uno per ogni singola struttura d'équipe o unità operativa. In tale modello organizzativo:



- la caposala ha compiti di coordinamento e di supervisione con una prevalenza negli ambiti organizzativi ed amministrativi.
- I referenti invece devono coordinare il lavoro clinico dei colleghi.

L'équipe o l'unità operativa veniva quindi ad avere un responsabile medico ed un responsabile infermieristico.

D'altronde la distinzione fra competenze cliniche e competenze amministrativo-organizzative non è così distinta e separata, anche se si potrebbe anche affermare che le seconde sono in posizione ancillare rispetto alle prime. In ogni caso è solo concettualmente che le si separa. Spesse volte le due competenze si intrecciano e a volte confliggono fra loro. Spesse volte una corretta configurazione organizzativa è premessa per un corretto lavoro clinico. I referenti clinici quindi vengono chiamati a fornire la loro competenza clinica per poter armonizzare queste due opposte esigenze all'interno di una struttura a matrice di coordinamento.

Intervengono quindi in funzione ausiliaria della caposala in tutte le sue funzioni gestionali: gestione del personale e dell'organico, rapporti con le altre figure professionali del servizio, rapporti con altri reparti sia per motivi clinici sia per motivi amministrativi, budgeting e programmazione sanitaria, ecc... . Solitamente in assenza della caposala fungono da facenti funzione a rotazione.

In tutte queste funzioni i referenti intervengono con interventi di monitorizzazione attiva e di feedback dalle unità operative agli organi di direzione. Non sono sicuramente di loro competenza le funzioni di controllo e intervento disciplinare che sono di esclusiva competenza delle strutture gerarchicamente superiori. Difatti il ruolo ricoperto da tali figure è squisitamente funzionale e non gerarchico, nel senso che nei confronti dei colleghi non hanno alcuna preminenza formale, se non derivante da una legittimazione interna al gruppo e da una disposizione interna di servizio; restano comunque subordinati alla caposala e alla direzione infermieristica in generale.

l referenti hanno i seguenti compiti all'interno della propria unità operativa:

1. programmazione di piani di assistenza

individuali,

- programmazione di piani di assistenza trasversali con altre unità operative,
- 3. formulazione di protocolli,
- 4. vengono consultati sulle disposizioni di servizio che coinvolgono il gruppo infermieristico,
- 5. decidono le priorità assistenziali,
- 6. stimano e dirigono i carichi di lavoro, e i turni di lavoro,
- raccolgono e verificano i dati riguardanti le prestazioni per il controllo di gestione informatico,
- 8. fanno attività di supervisione sui casi assegnati ai colleghi,
- 9. fanno tutoring e formazione,
- 10. si relazionano direttamente con la caposala, il capo équipe, con i medici e con le altre figure che compongono l'équipe multiprofessionale, per la soluzione di problemi concernenti il lavoro infermieristico
- tengono i rapporti con le altre unità operative per problemi di natura infermieristica,
- essi continuano a fare lavoro clinico (difatti non sono esentati da alcun turno di servizio normalmente richiesto).

Il confronto fra referenti e fra referenti e caposala, fra capoéquipe e con il primario è costante, tramite una serie di riunioni ed incontri strutturati o meno. Inoltre l'intervento dei referenti in particolare ai punti 1,2,5,6,e 8 è sempre adottato in maniera da non ledere l'autonomia dei singoli infermieri responsabili di un determinato caso clinico.

Per tale riguardo è opportuno spiegare i criteri di scelta dei referenti: essi sono infermieri con anzianità di servizio, capacità professionali e personali tali da poter essere accettati e legittimati dal gruppo infermieristico che andrebbero a coordinare. Tale scelta è stata effettuata dal primario in accordo con la caposala, sentiti i capoéquipe; il loro incarico è periodicamente vagliato ed eventualmente rinnovato.

Attualmente si ha un referente infermieristico per ogni singola équipe territoriale (2 al Csm di Palazzo Boldù, 1 al Csm del Lido), un referente infermieristico per il Centro Diurno-Day Hospital, uno per le Comunità del Lido e uno per la Ctrp di Borgoloco. L'Spdc di Venezia ha unicamente la caposala.

Il referente si trova quindi ad avere spesso carichi di lavoro molto elevati, problemi di legittimazione interna ed esterna, e purtroppo uno dei problemi da segnalare è quello del mancato riconoscimento formale ed economico da parte della amministrazione iamo un'associazione che, in collabo-

con la Direzione dell'Ospedale "Umberto I" di Mestre, da un anno, dal 25 settembre 2002, ogni mercoledì, per circa 2 ore, con i suoi dottorclown porta un sorriso ai bambini ricoverati nel reparto di Pediatria. Perché quest'associazione, perché essere dottorclown? C'è un motivo alla base di questa nostra scelta. Un motivo che parte dalla nostra storia personale, dalla nostra esperienza di vita, dalla volontà che tutti abbiamo di fare in modo che la sofferenza non abbia l'ultima parola sulla vita. I benefici psicofisici di quella che è definita "clownterapia" sono sempre più documentati scientificamente e anche nelle "nostre" corsie, nel piccolo della nostra giovane attività, abbiamo potuto verificare quanto sia importante, quanto sia efficace, quanto sia benefica.Attualmente siamo 9 dottorclown, ma nei prossimi mesi, con il corso che stiamo organizzando, il nostro gruppo diventerà più numeroso: siamo tutti volontari, anche se dentro di noi auspichiamo che in un futuro possa esistere almeno un dottorclown professionista in ogni struttura ospedaliera, compresa quella "nostra" di Mestre. Ognuno proviene da angoli diversi, anche fuori città, e soprattutto da esperienze diverse, che fanno la nostra forza perché è una differenza che ci arricchisce e ci unisce ancor di più: è vero che ognuno di noi ha dietro sé e dentro sé un bagaglio esperienziale differente dagli altri, ma tutti abbiamo in comune quei valori cristiani che ci stanno accompagnando finora, una fede che ci dà lo spirito giusto per affrontare ciò in cui siamo chiamati ad agire, con i nostri nasi rossi, i colori dei nostri vestiti, tutto ciò che portiamo nelle tasche del nostro camice tutto dipinto, e soprattutto tutto ciò che ciascuno porta in cuore. Anche nella preghiera nata per la prima volta, quel sembra lontano 25 settembre, e che ancora introduce la nostra attività in corsia, la "Preghiera del clown", sono riassunti la nostra volontà, i nostri desideri, la nostra scelta di un atteggiamento nei confronti della vita, che non può limitarsi quindi solo alle ore in ospedale, coinvolge tutto ciò che siamo, tutta la nostra storia, tutta la nostra quotidianità. Vogliamo condividere e intrecciare la nostra storia con quella delle persone che soffrono, di quelle costrette in un letto di ospedale, di quelle che sono lì ad assisterle, per portare a loro un

Piccolo principe

WWW.piccoloprincipe.it



sorriso di speranza, di vita, la condivisione della sofferenza,, condivisione talvolta silenziosa, fatta di sguardi, di un palloncino, di bolle che suonano...

Per tutti questi motivi, noi ci rivolgiamo in primo luogo ai bambini, perché sono i primi a sentire come uno strappo l'ospedalizzazione, uno strappo rispetto alla loro vita normale, quotidiana, fatta di momenti in cui si sta fermi (come a scuola), ma anche di altri in cui si gioca, si corre, si grida, ci si diverte. L'ospedale è la negazione di tutto questo. Non solo a loro, però: i papà, le mamme, i "grandi" che stanno intorno ai più piccoli, nelle stanze in cui facciamo la nostra visita, hanno bisogno tanto quanto i loro bambini, soffrono tanto quanto loro, sentono come un problema pesante tutto quello che stanno vivendo, molte volte sentono anche una profonda solitudine. E non è tutto ancora: siamo dottorclown per ogni altra persona che troviamo fuori dal reparto di Pediatria, che è la nostra "casa", il nostro punto di partenza, il nostro punto fisso, ma non l'unico: abbiamo portato i nostri colori in Ginecologia, dalle mamme ancora col pancione lì in

attesa di dare alla luce una nuova vita, a quelle che l'hanno appena data, e alle donne e agli uomini della Chirurgia e di tutti gli altri reparti in cui la speranza è affaticata e da risvegliare. Ci stiamo impegnando affinché il nostro progetto "Un sorriso...per condividere il senso della vita" si allarghi anche ai reparti di geriatria e lungodegenza e lì trovi una seconda, nuova "casa": non occasionalmente, ma un nuovo appuntamento settimanale, puntuale e fisso. E' lì, serbato nel cuore, il sogno di poter arrivare, un giorno, con i nostri camici colorati in tutti i reparti dell'Ospedale Umberto I e, chissà, magari anche in altre strutture ospedaliere, con una frequenza non occasionale, ma costante. E' vero, comunque, che finora "Un sorriso...per condividere il senso della vita" non è stato solo un progetto ospedaliero: abbiamo attuato, infatti, interventi nelle scuole, nelle parrocchie, in manifestazioni pubbliche insieme ad altre associazioni di volontariato, accompagnando i bambini e le loro famiglie a Lourdes nel pellegrinaggio "Mondo Bimbi" nella scorsa fine di giugno, con l'Unitalsi di Venezia. In tutte queste occasioni c'è stato chiesto di portare la nostra testimonianza, di raccontare le nostre esperienze, è stato portato il messaggio del dono della vita, e della salute come bene primario. Ci piace sottolineare un aspetto parla altrettanto di noi, anche se siamo ormai svestiti dei nostri panni di dottorclown: il nostro stare insieme non finisce con le due ore in ospedale perché è sempre una festa potersi riunire, per qualche ora dopo e ogni volta che possiamo, e "impastare" quello che siamo, le nostre vite. Perché sappiamo che è proprio da noi, dalla nostra vita, che dobbiamo partire. Insomma, facciamo tutto questo con la speranza viva e il desiderio profondo che, anche solo da un sorriso, nasca un seme che riporti a galla il vero senso della vita, che è tale se ha colori d'Amore.

I dottorclown dell'Associazione "Il Piccolo Principe"

Buona strada!

I VOSTRI QUESITI

Pr.n.1150 Oggetto: Prelievi ematici in accompagnamento alle richieste di trasfusione di sanque o emocomponenti. In relazione al quesito pervenuto a questo Collegio si ritiene evidenziare quanto stabilito dall'art. 14, 2° comma, Decreto 25 gennaio 2001 del Ministero della Sanità. La norma prevede specificamente che a firmare la provetta sia "il responsabile del prelievo". La ratio è sostenuta dal fatto che solo chi esegue il prelievo può garantire la corrispondenza tra il soggetto ed il campione. Da ciò si deduce che l'infermiere, se esegue il prelievo, deve firmare la provetta a garanzia sia dell'identità, sia della corretta esecuzione. Se invece il prelievo viene eseguito dal medico sarà egli stesso a dover firmare la provetta. Sull'utilità che la provetta sia firmata, oltre che dal responsabile del prelievo, anche da un medico si ritiene che possa eventualmente essere firmato dallo stesso se egli è fisicamente presente all'atto del prelievo.

Infatti non potrebbe confermare l'identità del paziente che si trovasse in un altro locale. La L. 26 febbraio 1999 n. 42 abroga la definizione per l'infermiere di "professioni sanitaria ausiliaria" definendola "professione sanitaria". Quindi l'infermiere ha responsabilità e autonomia correlata ai suoi ambiti di intervento e pianificazione. Il legislatore ha inteso definire come "Responsabile del prelievo" chi di fatto lo esegue a prescindere dalle procedure organizzative delle singole unità operative. Per quanto riguarda il quesito in merito ai tutor di ll° livello (Referenti di tirocinio) le normative Regionali sono tra loro diverse e quindi attualmente nel Veneto non sono previste forme di riconoscimento per questo importante servizio. A seguito di incontri con la Regione Veneto si sta concretizzando l'ipotesi che la Regione stessa finanzi corsi di formazione per tutor e Referenti di tirocinio. Pr.n. 1147 Oggetto: Esecuzione Tilt test. Risposta. In relazione alla richiesta di chiarimenti in merito alla esecuzione del tilt test e alle responsabilità correlate, pervenute presso lo scrivente Collegio, ritengo opportuno ribadire quanto segue. Il tilt test è un'attività diagnostica per le forme sincopali. Come tale, non attiene alle funzioni proprie dell'infermiere (responsabile dell'assistenza generale infermieristica), bensì è configurabile come "Atto medico" (diagnostico). Inoltre proprio per tipo di indagine e lo stress evocato non è ascrivibile ad attività di competenza infermieristica. Ancor più è evidente la competenza del Medico se il test viene potenziato attraverso l'uso di farmaci (nitroglicerina). L'infermiere quindi non può eseguire autonomamente il tilt test ma solo collaborare con il medico nell'esecuzione dello stesso. Se l'infermiere eseguisse il test, soprattutto se potenziato con farmaci (in assenza del medico), potrebbe incorrere nel reato di abuso di professione essendo il test medesimo un atto diagnostico di competenza di tale professionista. E' evidente quindi che l'infermiere non è abilitato a compiere l'attività diagnostica in parola ancor più se, come riportato nel quesito, tale test viene potenziato con l'utilizzazione di farmaci. Il consenso informato non può essere raccolto dall'infermiere ma bensì dal medico in quanto è suo compito dare le informazioni e ricevere il consenso per l'esame che il medico stesso sta richiedendo. Pr.n.1340 Oggetto: Visite specialistiche a domicilio, gestione della cannula tracheale. In relazione al quesito posto a questo Collegio in merito alla possibilità da parte degli infermieri di gestire a domicilio persone portatrici di protesi respiratoria artificiale si ritiene esprimere le valutazioni di seguito specificate. Con l'approvazione della L. 42/99 viene di fatto abolito il Mansionario a favore del riconoscimento dell'autonomia professionale dell'infermiere. Le competenze sono riconducibili a tre criteri: al contenuto del Profilo Professionale (D. M. 739/94), al contenuto della formazione di base e post base e al Codice Deontologico. I limiti sono rappresentati dalle competenze previste per le professioni mediche e le competenze previste per le altre professioni sanitarie. L'infermiere, prima di svolgere una prestazione, deve chiedersi se ha la capacità di eseguirla correttamente in base alla propria specifica competenza formativa e professionale, tenendo ben presente i limiti delle diagnosi e terapia come atto medico. In caso di risposta affermativa e nel rispetto dell'atto medico di tipo diagnostico, anche l'infermiere può e deve, esercitare secondo "scienza e coscienza". Nello specifico del quesito ed in considerazione della premessa questo Collegio ritiene che nulla osti alla gestione domiciliare della cannula tracheale in accordo con il medico curante. Evidentemente l'infermiere deve dimostrare di aver acquisito formazione adeguata (la formazione è un diritto-dovere dell'operatore sanitario). Inoltre è necessario che l'infermiere riceva una circostanziata prescrizione da parte del medico curante. Ad esempio se si tratta di tracheotomia o tracheostomia, e che contenga notizie ed indicazioni utili ad una efficace gestione dei problemi del paziente. Il Codice Deontologico al punto 3.3 recita: "L'infermiere riconosce i limiti delle proprie conoscenze e competenze e declina la responsabilità quando ritenga di non poter agire con sicurezza. Ha il diritto ed il dovere di richiedere formazione e/o supervisione per pratiche nuove o sulle quali non ha esperienza;.....".Se l'attività richiesta è di cambio della cannula tracheale la presenza del medico è necessaria nella misura in cui l'infermiere ne richieda la presenza, in relazione allo stato del paziente e a quanto previsto dal Codice Deontologico parimenti se le condizioni della persona lo richiedono sarà il medico curante o lo specialista ad effettuare il cambio della cannula. Le norme comunque non prevedono la presenza obbligatoria del medico per questa prestazione. In moltissimi servizi viene formato un famigliare a gestire la protesi respiratoria e spesso sono gli infermieri stessi a curarne il training. A domicilio il ruolo dell'infermiere è di prendersi cura della persona nella sua interezza senza escludere, se non di fronte a situazioni complesse, alcune attività che si possono definire di base. In conclusione si ritiene sottolineare come al rivendicare Autonomia Professionale deve far seguito una coerente assunzione di Responsabilità.

10 "Spazio Aperto"

E L'IMMAGINE SOCIALE?



di Alvise Da Lio

n origine erano le maggiorate del "Drive In"

ad indossare erroneamente i panni di Infermiere in lingerie, per una comicità osé degna di menti eccelse che in anni appena precedenti, avevano realizzato quei "cult movie", quelle "opere cinematografiche", di Pierino e di altre saghe del genere. Di seguito ma non lontano da noi, qualcuno ricorderà le Infermiere-veline agghindate alla stessa maniera che tra moine ed inquadrature piccanti, dovevano esibire la loro fisicità per contratto ma apparire anche "acefaliche", tutte sguardi languidi, sorrisi invitanti, pose sexy ma rigorosamente mute. Ora continuo a vedere fiction Italiane dove gli Infermieri guidano le ambulanze al posto degli autisti, che Infermieri non sono, oppure di dentisti che si rivolgono alla propria assistente alla poltrona titolandola erroneamente Infermiera, o sempre nella stessa serie, di vicini di casa del dentista, che in mancanza dell'assistente alla poltrona diventano Infermieri "promossi sul campo" (parole testuali del copione) dal dentista stesso, che probabilmente a nostra insaputa ha anche questi poteri; mi dispiace per tutti i miei colleghi che hanno dovuto studiare tanto per esercitare la loro professione, ma io un amico dentista lo conosco!. Siamo ad oggi, mi viene recapitato a casa un volantino promozionale di un negozio che annuncia forti sconti, il titolo: "Febbre dei Prezzi?" l'immagine (o forse più appropriatamente l'imago del pubblicitario), rappresenta un medico con camice, mascherina ed una forbice di enormi dimensioni appoggiata all'addome come un simbolo fallico, che tiene su di sé un'Infermiera (con tanto di cuffia da crocerossina) con mini e lingerie che ne fuoriesce, gamba che avvinghia la gamba del medico, siringa appoggiata alle labbra rigorosamente rosso fuoco, in atteggiamento eufemisticamente "predatorio".Recapito il volantino ad un collega che ci rappresenta all'IPASVI di Venezia, chiedendo che il Collegio prenda visione ed agisca nelle modalità ritenute più opportune, ed essi assicurandomi una prosecuzione in merito, mi invitano a rendervi noto l'accaduto. Queste le mie considerazioni; da una parte Drive In, Pierino, le veline di striscia, le persone scambiate per Infermieri che tuttora ci ossessionano, dall'altra noi, il nostro percorso e la nostra crescita cula gestione del paziente, e tutto quello turale, le nostre specificità, le nostre ins che ancora siamo. Ci contrapponiamo ad un'immagine sociale che spesso non ci rende nessuna giustizia, poco conta cari colleghi che: "Si ma ci sono anche persone che sanno che gli infermieri/e", ho qui con me una ricerca che ha portato ad una Tesi di Laurea, di un nostro collega dal titolo "l'immagine sociale dell'infermiere" che vi invito a voler consultare in proposito. Cambiare la nostra immagine sociale non sal<mark>esta d'arie</mark>te, nessuno si batterà per noi, rà semplice, ma è solo compito nostro nemmeno in questi anni di emergenzo si chiede come mai c'è questa emergenza? ecco la formula magica, le variabili salario & considerazione sociale vanno riconsiderate non sono paragonabili al percorso necessario per giungere alla Laurea in Infermieristica, e nemmeno ai precedenti Diploma Universitario e Diploma di Infermiere Professionale (detto questo indietro non si torna!), né tantomeno alle specificità professionali impiegate quotidianamente. Ma ste' cose noi le sappiamo già! Siamo noi quotidianamente a doverci preoccupare di come veniamo rappresentati nel sociale, siamo noi a doverci preoccupare del rispetto che merita da tutti la nostra professione; fate notare sempre le incongruenze e gli stereotipi che qualcuno vorrebbe continuare a preservare (le motivazioni non sono tanto difficili da interpretare e non sconfinano in delirio di persecuzione o querelomania), il Collegio IPASVI è dalla nostra.

**

Ho lasciato l'Afghanistan pochi giorni fa. Quando sono partito, Fahim Khan era agonizzante nel reparto di rianimazione. Diciannove anni, dilaniato da una bomba non lontano dal palazzo reale di Kabul, mentre stava tentando di rimettere a posto la propria casa danneggiata dai bombardamenti.

Sono partito con negli occhi il padre di Fahim, seduto a fianco del figlio in silenziosa disperazione.

Tahim e suo padre mi sono tornati in mente ieri mattina, quando Mario Ninno mi ha chiamato da Baghdad per dirmi della strage di Nassiriya.

Altri ragazzi come Fahim, fatti a pezzi da un'altra esplosione.

Ragazzi italiani. Ho pensato ai loro padri, lontani migliaia di chilometri, che forsa non vedranno neppure i resti dei propri figli.

"Nessuno è così pazzo da preferire la guerra alla pace: in tempo di pace sono i figli a soppellire i padri; con la guerra tocca ai padri di seppellire i figli seriveva Erodoto nel quinto secolo prima di Oristo La follia della guorra è tutta qui: qualche decina di ragazzi si sono svegliati ieri mattinara Iraq, e ieri sera non sono andati a letto,

Hanno iniziato il grande sonno, come altri milioni di ragazzi prima di loro, in Afghanistan di Cecenia, in Congo e in Kosovo e nei mille luoghi di violenza dei nostro pianeta: sottratti alla vita non da un male incurabile ma dalla volontà e per opera di altri esseri umani. Ogni volta che la guevra si porta via una vita umana è una sconfitta, per tutti, perchi ha perso l'umanità, perchè si è persa umanità. Il rispetto per i morta, per il dolore dei loro congiunti può e deve provocare una riflessione di tutti, anziché la polemica di alcuni. Dobbiamo tutti prenderi atto che si è al di fuori della ragione, ogni volta che i rapporti tra esseri umani si esercitano con la forza, con volta che i rapporti tra esseri umani si esercitano con la forza, con

L'umanità potrà ave de futuro solo se verrà messa al bando la querra, se la guerra de intesà un tabù, schifoso e rivoltante per la contenza e per la ragione.

Ancora una volta dobizzino dire, con infinita tristezza. "basta querre,

Gino Strada