SPAZIO APERTO

INFERMIERI PROFESSIONALI ASSISTENTI SANITARI VIGILATRICI D'INFANZIA

STORIE DI TUTTI I GIORNI

Trimestrale N°5-6
anno II
Dicembre 2004
Poste Italiane s.p.a.
Spedizione in
a.p-D.L 353/2003
(conv.m L27/02/2004
n°46) art. 1 comma 1,
DCB Venezia

ORGANO UFFICIALE DEL COLLEGIO IPASVI DI VENEZIA

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

SOMMARIO

PAGINA 3
L'EDITORIALE
di Luigino Schiavon

PAGINA 4
STORIE DI TUTTI I GIORNI
Di Francesca Bertocco

PAGINA 5
E' NATA LA NEURODER-MATOLOGIA

PAGINA 6-7
LA RETE DEI REFERENTI DI FORMAZIONE
di Mario Degan

PAGINA 8
ESSERE O NON ESSERE ?

PAGINA 9
COME CAMBIA L'OBBLIGO DI FORMAZIONE CON IL NUOVO CONTRATTO
di Alessandro Monetti

PAGINA 10-11
FINE DI UN PERCORSO
di Sergio Bontempi

Documenti, articoli, lettere, dovranno essere inviati all'indirizzo E-Mail : ipasvive@tin.it In formato Word. Il comitato di redazione ne valuterà la pubblicazione.

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 2004

Realizzato da : Stamperia Cetid srl via Mutinelli, 9 30173 Venezia

Mestre tel. 0415345839 fax 041611725 - cetid@tin.it

Direttore responsabile

Luigino Schiavon

Direzione-Redazione-Amministrazione

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

Comitato editoriale

Luigino Schiavon,Carlo Masato, Iannotta 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

LAUREA SPECIALISTICA

È arrivata la laurea specialistica, finalmente. Dopo innumerevoli traversie si è raggiunto un traguardo importante. Le resistenze da affrontare e superare sono state molte ed in molti hanno "remato contro", ma finalmente si parte. È però necessario superare l'enfasi per considerare questa conquista nel suo giusto valore. Non deve essere pensata solo come opportunità per il singolo professionista, non può essere occasione per acquisire titoli accademici da brandire competitivamente, quasi cercando di sancire una differenza rispetto agli altri colleghi, né un riscatto nei confronti di altre categorie di "dottori", ma deve rappresentare ben di più. E' espressione infatti dello sviluppo di una professione, rappresenta il divenire di un gruppo professionale all'interno del quale ogni singolo porta il suo determinante contributo, pur con ruoli e responsabilità diverse , ma tutti ugualmente significativi. La laurea specialistica rappresenta per tutta la professione un importante passo in avanti verso l'emancipazione. Ciò non basta, comunque, per abbassare la guardia, non è sufficiente per sentirsi appagati. Per un risultato ottenuto, altre sono le criticità, le emergenze. La Regione Veneto, la Giunta Regionale ha approvato gli standards per gli istituti residenziali, prevedendo la possibilità di sostituire infermieri con OSS con formazione complementare. In linea teorica questa posizione potrebbe anche essere condivisibile; la Giunta non ha tuttavia inteso confrontarsi con la professione relativamente a questa ipotesi, non ha voluto discutere di modelli organizzativi. Ha deciso e basta. Viene quasi il sospetto che abbia voluto "fare un regalo" alle amministrazioni delle case di riposo, nascondendosi dietro la sbandierata "carenza di infermieri". Il coordinamento regionale dei Collegi IPASVI ha deliberato il ricorso contro la delibera di Giunta regionale per evitare che sulla pelle degli ospiti delle residenze per anziani si giochino esclusive operazioni di bilancio. In primavera si voterà per il governo regionale, prendiamo intanto nota di chi sta valorizzando la professione e di chi invece va in tutt'altra direzione. A fine anno arrivano anche le buone notizie, si sono iscritti 50 nuove colleghe e colleghi, freschi di laurea e ricchi di entusiasmo. Hanno terminato un percorso impegnativo che li porterà nelle prossime settimane ad affiancarsi a noi nelle nostre attività. Avranno sicuramente bisogno del nostro aiuto , così come noi del loro. È un anno che sta finendo, un anno impegnativo per tutti noi, impegnativo anche per il Collegio. Abbiamo cercato di darvi risposte, magari talvolta in ritardo, abbiamo cercato di esser presenti e di offrire qualcosa in più, abbiamo la consapevolezza che potremmo fare di più, con l'aiuto di tutti. A giorni sarà Natale e a nome del Consiglio Direttivo e mio personale auguriamo a tutti un sereno e felice Natale e un prospero anno nuovo.

Luigino Schiavon

EDITORIALE

STORIE DI TUTTI I GIORNI

di Francesca Bertocco

Potrei iniziare questa lettera con la frase "Storie di tutti i giorni", come il titolo di una canzone non troppo vecchia di Riccardo Fogli.
Tutti i giorni, infatti, ci si confronta con colleghi scontenti, nauseati del lavoro che svolgono, gente con "buoni propositi " ed idee che non riescono però a trasmettere ad altri e a mettere in pratica.
Mi riferisco ad una larga fetta di infermieri che spesso si domandano se vale la pena continuare a svolgere questa professione quando vengono a mancare gli ingredienti fondamentali per farla crescere.
Lavoro presso il DH di Ematologia dell'ospedale Umberto 1° di Mestre e vorrei rendere pubblica una realtà che va contro i principi base di assistenza al malato oncologico.

Counseling, informazione, educazione, tecniche di supporto e-motivo e comunica-zione/relazione, rispetto della riservatezza, promozione dell'auto-cura individuale e familiare, assistenza personalizzata sono solo grossi paroloni che si leggono su libri e riviste.
Nella realtà dei fatti, invece, perfino gli utenti si la-mentano perché noi infermieri siamo sempre troppo di fretta, fino a temere che vengano commessi degli errori nei loro confronti (come scambio di persone nell'effettuare gli esami diagno-stici o, peggio, sbagli nella somministrazione di tera-pie), che fortunatamente, non sono ancora accaduti.Nonostante la nostra buona volontà, gli stessi pazienti continuamente ci fanno notare quanto i tempi di attesa per svolgere una tera-pia o una medicazione si facciano sempre più lunghi e come le norme igie-niche nei loro confronti siano spesso carenti.

nonostante i progressi culturali e professionali degli infermieri,i bisogni degli utenti vengono immancabilmente sostituiti dai bisogni dei nostri dirigenti aziendali

D'altra parte, il continuo aumento di coloro che si rivolgono al servizio, non accompagnato da una riorganizzazione strutturale ed organizzativa, sta comportando una sorta di catena di montaggio dove i pa-zienti si avvicenda-no velocemente per la somministrazione di terapie, esami diagnostici e visite mediche. Tutta l'assistenza possibile che denoterebbe comprensione, disponibilità, gentilezza e, quindi, professionalità, è stata abban-donata nel conteggio quotidiano di quanto si è bravi a fare tot. prelievi, tot. flebo, tot. "assistenze al medico", …
A titolo esemplificativo mancano: l'addestrare pazienti e familiari alla gestione del catetere venoso centrale, l'informazione preventiva sulle comuni complicanze durante l'assunzione di farmaci antiblastici (nausea, vomito, perdita dei capelli, ecc.), l'educazione alla gestione della fatica cronica, insegnare tecniche non farmacologiche di rilassamento, ascoltare la narrazione del vissuto e dello stato emotivo, ecc. Da qui il malumore dei pazienti, la paura, l'insoddisfazione, la frustrazione, ecc. con conseguente aggravio del loro stato di salute. Vorrei fare però un'importante precisazione: il vero problema non è la mancanza di infermieri ma l'assenza di un adeguato numero di personale ausiliario, amministrativo o d'assistenza in grado di sostituirci nello svolgimento di attività improprie come: rifacimento di letti vuoti, pulizia di poltrone e comodini, riordino delle cartelle, trasporto di documentazione cartacea, smaltimento dei rifiuti, riordino degli armadi, sistemazione degli studi medici, ecc. Nonostante i progressi culturali e professionali degli infermieri, i bisogni degli utenti vengono immancabilmente sostituiti dai bisogni dei nostri dirigenti aziendali; purtroppo, i loro bisogni spesso non coincidono con quelli della persona malata perché comportano "piaceri" e mansioni di tipo esecutivo, ausiliario ed amministrativo che potrebbero essere tranquillamente svolti da altri operatori con qualifiche diverse dall'infermiere. Sperando che questa lettera possa essere un spunto di riflessione più che uno sfogo, le invio cor-diali saluti.

Francesca Bertocco

E' NATA LA NEURODERMATOLOGIA

Il disagio che il personale infermieristico della Neurologia dell'Ospedale Civile di Venezia sta vivendo dal mese di gennaio, cioè da quando la nostra unità operativa è stata unita alla Dermatologia. In premessa, la nostra impressione è che l'accorpamento sia stato mal condotto, con nessuna pianificazione e nessuna ri-organizzazione intenzionale del lavoro; è sembrato quasi che, per la dirigenza aziendale (compresa quella infermieristica), fosse sufficiente appendere alcuni nuovi cartelli all'ingresso del padiglione e nei pressi degli ascensori perché l'integrazione fosse perfezionata.

L'unico criterio è stato quello di mantenere, perlomeno sulla carta, una pianta organica infermieristica stabile, composta prima e dopo da 14 infermieri (di cui 12 della neurologia ed i rimanenti 2 della dermatologia) ed un uguale numero di posti letto (23, suddivisi ora in 16 di neurologia e 7 di dermatologia).

In verità, la doppia specialità ha aumentato in modo critico i carichi di lavoro sia a livello assistenziale con aumento delle consulenze esterne, assistenza a pazienti sottoposti a intervento chirurgico, ecc., sia a livello burocratico con doppio movimento di ricoverati, doppia gestione dei farmaci e dei presidi, doppia modulistica, doppi codici a barre e centri di costo per esami ematochimici, due numeri telefonici in più a cui rispondere, ecc. attualmente Neurologia e Dermatologia sono unite "fuori" e separate "dentro". Questa situazione, lasciata a sé stessa, sta creando non pochi problemi che, invece di trovare una soluzione, aumentano sempre di più, anche per incomprensioni e mancanza di collaborazione tra i coordinatori e i dirigenti della due specialità.

Il problema più grande, però, è che, nella realtà dei fatti, il personale infermieristico è ridotto, ormai da mesi, da 14 a 10 unità, poiché 2 infermiere professionali sono assenti per maternità, un altro infermiere professionale è in congedo in vista del pensionamento ed, infine, un infermiere generico è assente per una lunga malattia. Incontri con i responsabili delle due U.O. interessate e con la direzione medico-infermieristica di presidio hanno dato come risultato sempre la stessa risposta: "Non sappiamo cosa fare, non c'è personale". La volontà, lo spirito di abnegazione e l'aver dato più di quanto ci è stato chiesto, spesso hanno evitato il peggio, ma ora la situazione è caotica e denunciamo di non essere più in grado di garantire i livelli minimi di assistenza e che il rischio di compiere errori è diventato elevatissimo. Esempio eclatante è che i pazienti allettati (la maggioranza dei degenti) aspettano, dopo il risveglio, un cambio di pannolone e un minimo di igiene personale anche fino a mezzogiorno, favorendo così quello che tutti vorrebbero evitare: piaghe da decubito, contratture muscolari,dolore, lunghe attese, insoddisfazione, conflitti e molto altro; da circa un mese, inoltre, il così detto "giro letti", che comprende igiene personale, cambio di pannolone, postura, medicazioni varie comprese quelle per le piaghe da decubito, è svolto da uno studente infermiere del primo anno del corso di laurea, da poco arrivato in U.O., coadiuvato da personale ausiliario addetto alla cucina.

Nulla vogliamo togliere all'impegno di queste persone, ma poiché non sono né O.T.A., né O.S.S., né O.S.S.S., né, tanto meno, infermieri, non sono qualificati e non hanno competenza per fare ciò che stanno facendo; precisiamo inoltre, che gli stessi ausiliari già da molto tempo vengono usati per questo servizio, ma, almeno, prima lo facevano assieme ad un infermiere esperto. Aspettiamo che succeda prima il "fattaccio" perché poi la dirigenza aziendale si chieda il perché ?

Noi infermieri ci sentiamo stanchi e sconsolati, frustrati e delusi, ma con dentro ancora sufficiente energia per non mollare, e questa lettera "preventiva" ne è la prova: un'iniziativa sofferta ma doverosa nei confronti di chi, oggi, per sua sfortuna, dovesse avere bisogno di un ricovero nella U.O. di "neurodermatologia".

Infine, non vorremmo che questa lettera fosse considerato un lamento senza seguito. Siamo ben consapevoli che oggi la grande sfida per la sanità pubblica è continuare ad offrire assistenza di qualità con risorse limitate, però chiediamo con forza di essere parte in causa nel trovare ed applicare, in modo condiviso con gli organi dell'alta dirigenza, soluzioni alternative ed efficienti piuttosto che continuare a subire scelte organizzative miopi ed inefficaci, a scapito degli infermieri e, soprattutto, dell'utenza.

Un ultimo spunto di riflessione: come mai questo regime di "razionalizzazione delle risorse" colpisce soprattutto la categoria infermieristica? Nel nostro reparto, il rapporto di presenza in servizio tra medici ed infermieri è mediamente di 5:1. In tal modo le prestazioni diagnostico-terapeutiche non ne soffrono, come dimostrano le cartelle mediche gonfie di accertamenti tra i più sofisticati, nonostante i pazienti soffrano perché non vengono aiutati nelle funzioni più elementari (lavarsi, camminare, alimentarsi,ecc.).

LA RETE DEI REFERENTI DI FORMAZIONE

di Mario Degan

Il nuovo regolamento per la formazione continua dei dipendenti

Da gennaio 2004, l'azienda ULSS 12 ha adottato un sistema estremamente decentrato per la formazione continua, basato sull'assegnazione di risorse direttamente ai dipartimenti ed ai distretti socio-sanitari. In pratica, molto sinteticamente, ogni autunno la direzione aziendale stanzia una somma di denaro, pari almeno all'1% del monte salari, ad utilizzo esclusivo per le attività di formazione permanente. Gran parte di questa somma, poi, in modo oggettivo ed evidente, viene suddivisa tra i dipartimenti ed i distretti sulla base della composizione numerica e professionale. Ad esempio, per quest'anno, il budget complessivo per la formazione, una volta calcolate le spese per gli stipendi, ammonta ad Euro 1.235.407,00. Il 20% di questa somma è stato mantenuto a livello centrale per tutte le iniziative formative che interessano trasversalmente più servizi aziendali (come i corsi sulla sicurezza lavorativa); il restante 80% è stato invece scomposto in oltre 30 budget, denominati periferici, ottenuti sulla base di quattro criteri: il numero assoluto di dipendenti, la loro area contrattuale (dirigenza medica, non medica e comparto sanità), la loro appartenenza ai diversi livelli di responsabilità (A, B, Bs oppure a C,D, Ds) e l'avere o meno obblighi ECM. In questo modo, continuando nell'esempio precedente, il *dipartimento sanitario* Urgenza ed Emergenza ha avuto oltre 61.000 euro, il *distretto socio-sanitario* n.1 quasi 21.000 ed il *dipartimento amministrativo* Gestione Risorse Umane poco più di 13.000. La novità maggiore rispetto al passato è che il responsabile del dipartimento/distretto può utilizzare praticamente in autonomia il budget assegnato, attenendosi solo ad un sistema aziendale di pianificazione e controllo che obbliga a tre adempimenti:

1. effettuare una sistematica analisi del fabbisogno formativo a scansione annuale,
2. indicare formalmente quali sono le politiche formative del periodo (ad esempio, attraverso un regolamento locale od un verbale del consiglio di dipartimento)
3. attenersi ad alcuni standard di utilizzo delle risorse; a questo proposito, nel 2004, il 70% del budget rivolto agli infermieri deve essere speso per iniziative formative interne all'azienda.

Fatta salva la cornice generale, ogni dipartimento può adottare diverse strategie formative.Terminando con gli esempi reali, per quest'anno il dipartimento di Medicina Specialistica 1° sta privilegiando la formazione tramite convegni monotematici per tutti i propri infermieri mentre quello di Anestesia e Rianimazione sta investendo soprattutto nella frequenza individuale in strutture d'eccellenza esterne all'azienda. **Il referente di formazione**

A monte della riorganizzazione aziendale ci sono due principi fondamentali. Il primo è che la formazione continua porta a dei frutti solo quando è il risultato di una mediazione tra le esigenze organizzative di un committente (in genere, i capo-sala o in senso lato, chiunque coordina risorse umane) ed i bisogni dei partecipanti alle iniziative (gli infermieri, o in senso lato, tutti i dipendenti di un'azienda). Secondo principio ispiratore è che la formazione è efficace solo se origina da problemi reali e punta ad introdurre un cambiamento duraturo nell'attività lavorativa. A margine di queste considerazioni preliminari, c'è anche la consapevolezza che le competenze formative sono di tipo professionale e devono essere apprese con corsi ed esperienze appositi. Il nuovo regolamento introduce, quindi, e si incentra su un nuovo ruolo aziendale: *il referente di formazione di dipartimento/distretto*. In poche parole, il referente è un tecnico, una sorta di esperto consulente, che affianca il direttore di dipartimento o distretto qualora debbano essere prese delle decisioni in merito alla formazione continua dei dipendenti; per questo motivo il suo nominativo viene scelto, sulla base della fiducia interpersonale, direttamente dallo stesso responsabile tra coloro che si sono candidati ad un apposito bando. D'altra parte, come espressamente richiesto dal regolamento, il referente non può appartenere alla linea gerarchica, cioè non può essere caposala né responsabile dei servizi infermieristici (né capotecnico né primario, …); in questo modo può meglio ricoprire la funzione di portavoce delle richieste formative dei dipendenti di dipartimento.

Le attività del referente sono essenzialmente tre:

1. *definisce ed attua l'analisi del fabbisogno formativo* intra-dipartimentale, intesa come la ricerca del punto di incontro tra le richieste formative della dirigenza e quelle dei dipendenti. Le modalità di raccolta dati per indagare le opinioni di tutti i componenti del dipartimento possono essere le più varie: interviste, questionari, riunioni, consultazione di documentazione, ecc.
2. *appone il proprio parere scritto* ad ogni proposta (interna od esterna all'azienda) che utilizzi le risorse per la formazione, con un giudizio che prende in esame tre criteri:
    - bontà formativa
    - coerenza con gli obiettivi di dipartimento
    - opportunità e sostenibilità della spesa

3. *fornisce consulenza e supporto* a chiunque voglia organizzare iniziative formative intra-dipartimentali.

È da precisare che il referente continua a svolgere la propria abituale attività lavorativa, mentre si occupa di formazione solo in momenti definiti, secondo accordi locali con il proprio direttore di dipartimento/distretto. Per affinare le proprie competenze, il referente, dopo aver frequentato un primo corso abilitante, continua un percorso predisposto annualmente dall'Ufficio formazione ed aggiornamento aziendale su temi specificatamente formativi. Infatti, da un altro punto di vista, i referenti possono essere anche immaginati come una rete di oltre 70 persone in continuo rapporto funzionale con me, in qualità di responsabile delegato per la formazione continua, e tra loro. In questa situazione, l'ufficio formazione mantiene perlopiù compiti di *coordinamento, controllo e miglioramento organizzativo*; più specificatamente, in questi mesi, si sta concentrando su due grossi progetti pilota: la sperimentazione nazionale come provider ECM accreditato e l'analisi del fabbisogno formativo a livello di tutta l'azienda. In questo primo semestre, mi sembra di poter scrivere che il nuovo regolamento per la formazione funziona nelle sue linee generali, rispondendo ai criteri di efficacia, efficienza, equità e trasparenza per cui è nato, ma difetta ancora nella gestione ordinaria dell'attività formativa. Per dare soluzione a quest'ultimo problema, nel prossimo autunno verranno attuati diversi corsi per *coordinatori di singola iniziativa formativa,* aperti a tutti i dipendenti e dal taglio molto pratico (come scrivere un progetto formativo, selezionare i docenti, accreditare il corso in ECM, costruire le prove d'apprendimento, ecc.).

Conclusioni *infermieristiche* ...

In questo "spazio aperto" non penso sia opportuno dilungarmi oltre nella spiegazione della nuova organizzazione, anche perché chiunque volesse saperne di più può tranquillamente contattarmi. Approfitto di questo momento, invece, per aggiungere alcune considerazioni personali, quasi come una chiacchierata tra colleghi. Riflettendo, la condizione più affascinante, mia e di tutti gli *infermieri referenti di formazione*, è quella di essere parzialmente usciti da schemi culturali/gerarchici che troppo spesso ci ingabbiano. Difatti, il ruolo di referente non è legato ad una specifica professionalità, anzi chiunque può candidarsi, sia egli medico, infermiere od altro dipendente aziendale. In questo modo, il referente può acquistare autorevolezza agli occhi degli altri in base alle competenze che riesce a mettere in gioco. Analiticamente, tali competenze sono di tipo *metodologico* e *relazionale*. In altre parole, il referente deve dimostrare di saper costruire (o meglio, consigliare) progetti formativi utili, realistici, coerenti e pertinenti con il contesto, ma la sua più difficile abilità sta nel mantenersi in equilibrio tra il direttore di dipartimento ed i propri colleghi.

A questo proposito, al referente è richiesta un forte obiettività che lo metta in grado di affrontare gli inevitabili contradditori che si potrebbero creare, di volta in volta, con la dirigenza o con i lavoratori dei livelli operativi (od anche con entrambi contemporaneamente), alla continua ricerca della migliore mediazione. Di contro, perderebbe immediatamente di credibilità chi mostrasse di appoggiare le richieste formative di alcuni dipendenti del dipartimento in modo clientelare oppure chiunque avvalorasse passivamente tutte le proposte, anche immotivate, che provengono dal direttore di dipartimento. Messi alla prova, diversi infermieri referenti stanno quotidianamente dimostrando di mantenere un *rapporto tra pari e non subordinato* con tutti i loro interlocutori. I riconoscimenti cominciano ad arrivare, tanto che, entrando nel concreto, alcuni infermieri referenti hanno la massima fiducia del responsabile del dipartimento ottenendo, di fatto, "carta bianca" in merito alla gestione del budget della formazione; in altri dipartimenti, invece, pare ormai naturale che degli infermieri vaglino le richieste formative extra-aziendali anche dei medici della loro stessa Unità Operativa. Il mio sogno è che questo modo di lavorare, prima o poi, si trasferisca anche nei contesti clinici e che all'infermiere siano riconosciute competenze assistenziali da valorizzare nella loro specificità, al pari di quelle mediche, fisioterapiche, logopediche, ecc.

...ed una curiosità.

Quasi per gioco, alla ricerca di maggior visibilità, in un'assemblea dei referenti è stata lanciata l'idea di costruire un logo che accompagnasse tutta la documentazione prodotta per la formazione aziendale (linee guida, progetti, modulistica, report periodici, ecc.). Dopo qualche settimana, è stato votato il simbolo più gradito tra i quattro proposti. Forse, qualche infermiere dell'ULSS 12 che legge questo notiziario lo ha notato senza però spiegarsene il significato.

Ebbene, il logo è dato da due cerchi concentrici, che girano l'uno in direzione opposta all'altro. Un cerchio indica il flusso continuo della formazione che offre idee, conoscenze, abilità e competenze alle singole persone; il secondo, invece, simboleggia la ricaduta inversa che l'attività formativa data ai singoli ha contemporaneamente sul gruppo.

Per ulteriori informazioni:
Mario Degan
Ufficio formazione ed aggiornamento del personale
Azienda ULSS 12 veneziana
tel. 041/2607865; fax. 041/2607858
e-mail: formazione@ulss12.ve.it

ESSERE O NON ESSERE ?

Gentile Presidente del Collegio IP.AS.VI di Venezia Luigino Schiavon,
Sono una infermiera laureatasi nel novembre scorso presso l'Ateneo patavino e regolarmente iscritta al Collegio di Venezia

Le scrivo questa lettera per esprimerLe il mio profondo stato di frustrazione ed insoddisfazione lavorativa nel quale mi trovo, descrivendoLe brevemente la mia storia, sperando di avere da Lei dei consigli. Dopo cinque anni di Liceo Classico, spesi a studiare il latino e il greco, la storia e la filosofia, sono approdata al mondo infermieristico. Le difficoltà sono state tante, sin da subito. Già nei primi anni di Università ho dovuto tirar fuori le unghie contro chi criticava e non capiva la mia scelta: i miei genitori che volevano che continuassi gli studi classici, i compagni di liceo che mi dicevano che ero sprecata per quel tipo di studi e che avevo buttato via cinque anni di liceo per andare a cambiare pannoloni e basta. Forse furono proprio queste diatribe che mi spinsero a continuare e a rafforzarmi nella mia crescita, forse furono proprio quelle frasi, mezze sogghigniate e mezze nascoste, che continuano a darmi la carica e la voglia di diventare una vera professionista della salute. Nel mio cammino studiorum ritengo di essere stata molto fortunata. L'Ateneo patavino mi ha fornito docenti molto preparati e stimolanti, e ho avuto il grande onore di svolgere tirocinio clinico in realtà formative e professionalizzanti. Sono così giunta al giorno della mia laurea, contenta ed entusiasta del cammino che sino ad ora avevo compiuto. Finalmente potevo tornare nella mia piccola cittadina e dimostrare ad amici e conoscenti che fare l'infermiera non voleva dire solo cambiare i pannoloni, ma era qualcosa di più… Eccomi dunque al nocciolo della questione. Attualmente lavoro in un reparto di medicina maschile e riconosco che quelle maledicenze che sino ad ora mi avevano spinto ad essere una professionista della salute, ora sono la mia realtà. Conscia del fatto che in un ospedale di Provincia le cose sono e devono essere diverse da un Azienda Ospedaliera Universitaria, non riesco tuttavia a tollerare, e non lo farò mai, che si eserciti la professione infermieristica in questo modo. Non voglio scendere nello specifico, anche se sarebbe interessante farlo, ma vorrei informarLa e chiederLe pertanto un parere sul da farsi in merito alle seguenti questioni. Nella Unità Operativa in cui lavoro, non esistono protocolli, procedure e linee guida di nessun tipo, nemmeno per le ulcere da pressione, tutto è lasciato al fato e allo spirito più o meno di iniziativa di ogni operatore, sia infermiere, che oss, otaa e ausiliario. In merito a questo vorrei precisare che non c'è una netta distinzione di ruoli. Tutti fanno più o meno le stesse cose, l'infermiere raccoglie i piatti, il personale di supporto improvvisa medicazioni e gestisce in piena autonomia fleboclisi e quanto altro… La cartella infermieristica esiste, ma di certo non viene compilata, viene scritto solo il nome e cognome dell'utente e il numero di telefono. L'accertamento infermieristico all'ingresso non viene fatto, in questo modo non si conoscono i bisogni reali e potenziali dell'utente, il quale viene sistemato a letto e con il quale si ha solo un contatto corporeo al momento dell'espletamento di qualche procedura infermieristica. Vorrei parlare anche del modo nel quale i medici trattano il personale infermieristico a mio avviso umiliante, vergognoso e degradante. In ultima, ma non meno importante, mi sento di affermare con estrema sicurezza che il reparto nel quale sto lavorando non solo è molto pericoloso per la mia professione, ma anche per la mia stessa salute fisica. Anche qui gli episodi che potrei raccontarLe sono molti e tanto vari. Ad esempio quelli riguardanti la gestione dei farmaci antiblastici che vengono somministrati e manipolati non tenendo in nessun conto le basilari norme previste dalla legge. Brevemente vorrei informarLa che le chemioterapie vengono somministrate in stanze da sei posti letto, anche di notte, lo smaltimento dei rifiuti tossici antiblastici non rispetta le vigenti norme di legge. Concludo questa lettera con la speranza di ricevere qualche consiglio, e con la speranza di poter fare qualcosa per cambiare la situazione attuale. Non voglio certo dare l'impressione di voler essere la Giovanna d'Arco dell'infermieristica , ma di sicuro non voglio nemmeno adattarmi a questa degradante situazione lavorativa , nella quale attualmente mi trovo.

COME CAMBIA L'OBBLIGO DI FORMAZIONE CON IL NUOVO CONTRATTO

Cari colleghi questo ultimo contratto ha tracciato una linea fondamentale che ci aiuta ad interpretare il progetto di Educazione Continua in Medicina per i lavoratori del comparto sanità. Se volete perdiamo 5 minuti e cerchiamo di leggere e commentare assieme l'articolo 20 del nuovo "**Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro del Comparto del personale del Servizio Sanitario Nazionale, Parte Normativa del Quadriennio 2002-2005".**

Si, l'articolo che parla di ECM, l'educazione continua in medicina, che sta impegnando tutti gli Infermieri ad acquisire crediti…."*costi quel che costino*", Come ? non sapete cosa significhi ECM?! Ma si, il mezzo per cui la professionalità viene misurata in crediti acquisiti e l'educazione è proporzionale alla spesa sostenuta per partecipare ad un corso, Ma si, nuovi posti di lavoro per organizzatori e docenti professionisti….un business di certo a vantaggio del paziente (?).....o dell'organizzatore(!), Insomma questo è quello che abbiamo detto e pensato fino ad ora. Quello che invece non dobbiamo dimenticare è che l'ECM, o formazione continua in medicina, per l'infermiere è senza dubbio una conquista, una riqualificazione della professione e non dobbiamo cadere nei luoghi comuni di coloro che vorrebbero l'ECM inutile, che tanto prima o poi lo tolgono, ma bisogna anche evitare l'affannoso e costoso rincorrere dei crediti. Ritorniamo alla lettura del contratto e scopriremo che qualche cosa è cambiato, qualche cosa di molto importante per *i dipendenti della sanità pubblica* (purtroppo per ora solo i dipendenti pubblici): non ci si deve più affannare alla ricerca dei crediti, non si devono più spendere soldi per ottemperare all'obbligo della formazione e non si dovrà partecipare ad iniziative nate solo per fornire crediti e non vera formazione utile alla professione. Non è tolto l'obbligo dell'ECM ma questo passa a totale carico dell'azienda pubblica che avrà cosi modo di preparare programmi formativi dedicati alla professione ed alla realtà lavorativa di ogni dipendente.

Per i contratti privati e per la libera professione rimane l'obbligo a carico dei dipendenti.

Dunque prendete in mano il contratto ed iniziamo a leggere i 9 commi dell'articolo 20

1. Questo comma ribadisce l'obbligo da parte dell'azienda ad attuare la formazione e l'aggiornamento professionale del dipendente comprendendo quindi la formazione continua. il più importante che riporta testualmente: "**l'azienda e l'ente garantiscono l'acquisizione dei crediti formativi previste dalle vigenti disposizioni da parte del personale interessato nell'ambito della formazione obbligatoria. Il personale che vi partecipa è considerato in servizio a tutti gli effetti ed i relativi oneri sono a carico dell'azienda o ente"**
2. Qui si vuol tranquillizzare il lavoratore poiché, se l'azienda non è in grado di garantire i crediti previsti dal ministero per il triennio, egli non sarà in ogni caso penalizzato. Se il lavoratore non arriverà a conseguire i crediti garantiti dall'azienda, senza la dovuta giustificazione, verrà penalizzato nel triennio successivo nelle selezioni interne (progressione orizzontale o verticale, concorsi interni..) Si ripete la regola già esposta dal ministero riguardante le cause di sospensione dall'obbligo dei crediti. Si autorizza in pratica l'uso di mezzi multimediali per la formazione a distanza (internet, videoconferenze etc. etc.). La formazione deve essere ***coerente*** con la reale attività dell'operatore sanitario obbligato ai crediti, salvo la formazione facoltativa. Possono essere utilizzati, in ambito di formazione obbligatoria, anche agevolazioni previste in precedenza. Indica da dove le aziende devono trovare i fondi (soldi) per garantire le attività formative. Quindi il contratto parla chiaro: le aziende pubbliche si devono far carico della formazione e dei crediti ECM dei dipendenti i quali partecipano ai corsi di formazione in orario di servizio e senza sborsare alcun euro, per essere in regola con i crediti sarà sufficiente seguire i programmi formativi organizzati o proposti dall'azienda per il personale sanitario interessato. Si porrà cosi fine a quella speculazione attuata da improvvisati provider alle spalle degli infermieri Ora non rimane che aspettare e vedere come le Aziende sapranno organizzarsi, risparmieremo tempo e denaro ma dovremo vigilare consapevoli che la formazione è un nostro diritto più che un dovere.

Alessandro Monetti

FINE DI UN PERCORSO ?

L'intenzione di lasciare la professione infermieristica (ASV S.Bontempi Segretario Istitutivo del Collegio IP.AS.VI di Venezia)

Il presente articolo trae spunto da una ricerca scientifica pubblicata sulla Rivista "Medicina Del Lavoro" 2004, che si collega allo studio Next (Nurses Exit Study): tale studio è iniziato in 10 paesi europei e ha lo scopo di conoscere le condizioni di lavoro e le ragioni della carenza del personale infermieristico e di individuare le condizioni organizzative e psicosociali che favoriscono l'abbandono di questa professione.Questo studio è stato finanziato in Italia dall'ISPELS NEL 2001. Lo studio NEXT è di tipo prospettico, con questionario somministrato agli infermieri che lasciano il lavoro e a quelli che restano : le Direzioni Infermieristiche hanno raccolto le adesioni all'indagine, distribuito i questionari e li hanno raccolti. I dati sono stati trascritti in matrice dati con sistema a lettura ottica e elaborati con programma SPSS. In Europa è stato distribuito a più di 77.000 infermieri, in Italia a 7447.**La carenza di infermieri** Questo è un problema che coinvolge la maggior parte dei paesi europei. In Italia il rapporto tra Infermieri e numero di abitanti è tra i più bassi (5,3/1000: nei paesi nordici è di 20/1000) e secondo le stime del Ministero della Salute c'è una carenza nel SSN di 40.000 infermieri rispetto al fabbisogno.Le politiche governative e regionali hanno puntato a stimolare i giovani a inserire la Laurea Triennale in Infermiere tra i possibili sbocchi occupazionali, e ha stimolato i più anziani a rimanere al lavoro anziché andare in pensione, in modo da non perdere le competenze acquisite in anni di lavoro.

In alcuni stati europei sono state elaborate apposite politiche di sostegno alle persone più anziane: es. riduzione dell'orario in funzione dell'età/ anzianità degli infermieri, oppure sono state proposte opzioni più flessibili per il pensionamento, istituiti servizi di medicina del lavoro più efficaci. Per quanto riguarda il nuovo personale infermieristico, sono state varate politiche per assumere personale immigrato, aumento dei posti nei corsi di laurea in scienze infermieristiche (es. Italia,Norvegia, Germania) , tutte iniziative che hanno l'obiettivo di attirare un maggior numero di iscritti e di migliorare l'immagine sociale del lavoro dell'infermiere.

Condizioni che favoriscono l'abbandono.

L'intenzione di lasciare il lavoro è risultata non sensibilmente differente tra il personale maschile (20.8%) e femminile (20.4%) , ma questa intenzione è più alta tra i 30 3 i 34 anni e diminuisce dopo i 50-55 anni.

All'intenzione di lasciare il lavoro sono correlati stati di stress, ridotta capacità funzionale sul lavoro e risultano associate queste condizioni:

- necessità di trovare casa a prezzi compatibili con le condizioni economiche di infermiere e necessità di averla al posto di lavoro
- necessità di asilo per i bambini e soluzioni per i familiari anziani bisognosi d'assistenza.
- Necessità di scelte di lavoro più confacenti , di trovare soluzioni ottimali per la famiglia e la necessaria carriera.
- L'età (30-39 anni) e l'anzianità lavorativa (10-20 anni) sono fattori critici per questi aspetti.
- Necessità di corrispondere ai bisogni economici della famiglia, in particolare quando si hanno più figli
- Necessità di ridurre il carico di lavoro: la carenza infermieristica fa aumentare i carichi lavorativi e aumenta i rischi lavorativi, fa aumentare i turni lavorativi senza consentirgli di organizzare in tempo le esigenze familiari, lo costringe a straordinari, aumenta la dislocazione in più reparti. La disponibilità di posti che la carenza infermieristica crea (tutti cercano infermieri da assumere) genera una grande mobilità interna e esterna, consapevoli del fatto che chi vuole lasciare la professione può riprenderla con una certa facilità nel caso che la scelta alternativa non abbia successo.
- La professione necessita di prestigio in quanto si pensa che la valutazione dei compiti infermieristici siano " ausiliari". I cambiamenti relativi alla formazione vengono vissuti dai più giovani come una difficoltà in quanto non rie-

vecchi la concepis

cono come una svalutazione della propria competenza e autorevolezza. **Risultati in Italia**
Dall'analisi dei dati è risultato che l'Italia ha la percentuale più elevata di Infermieri che vuole lasciare la loro professione per un'altra (20%). Tra le cause d'assenza dal lavoro, abbiamo una bassa percentuale di assenze per malattie e gravidanze, mentre sono elevate le assenze per problemi dovuti alla necessità di assistere figli e familiari anziani. Il personale infermieristico italiano accusa bassa autonomia (già prevista dalle attuali normative (D.M. 739\1994 – Profilo Professionale Dell'Infermiere), maggior presenza di conflitti di ruolo e ambiguità nelle informazioni, mancanza di sostegno da parte di colleghi e superiori, minor senso di appartenenza alle Istituzioni. Questo si accompagna a bassa soddisfazione lavorativa, bassa speranza di prospettive future (e quindi di prospettive di miglioramento), disturbi del sonno e stress.Alterazioni dello stato di vigilanza e dell'umore per sovraccarico di lavoro, rigida organizzazione dei turni, cattiva comunicazione, diminuito livello d'attenzione e misure non idonee per evitare rischi fisici, infettivi ecc. possono tradursi in errori fatali o infortunio. Il burnout è quindi un buon indice relativo al desiderio di lasciare la professione ed è il risultato di una situazione negativa che si è protratta nel tempo, a lungo. Anche l'elevata produzione normativa potrebbe avere un ruolo importante: dalla 132/1968 (legge Mariotti) ad oggi sono state emanate leggi in media ogni due anni e mezzo. Tra gli infermieri italiani vi è una elevata prevalenza di personale ospedaliero , dove l'organizzazione è incentrata sulla pratica medica e non sull'assistenza infermieristica.
In letteratura sono presenti molti di questi problemi; es. i turni serali/notturni ed irregolari hanno un'influenza negativa sulla salute Gli infermieri più giovani con miglior livello scolastico lasciano il lavoro infermieristico perché le aspettative si sono rilevate inadeguate e questi infermieri accusano maggior livelli di burnout.Molteplici sono gli studi sul personale infermieristico in cui è stata osservata un'associazione tra carico di lavoro elevato e aumentato rischio per la salute e per il benessere psicofisico.In uno studio di Finlayson (2002) è stato posto in evidenza che l'impiego di personale interinale non è una soluzione auspicabile, in quanto gli infermieri occasionali non hanno familiarità con il reparto e quindi spesso costituiscono un carico di lavoro aggiuntivo per gli operatori fissi invece che un reale aiuto.
Agevolare le norma che riconoscono la piena autonomia di questa professione e l'alta qualificazione di questo personale con relativo adeguato livello stipendiale, investire in servizi per il personale (es. asili nido negli ospedali) sono condizioni che possono facilitare la scelta di iniziare questa professione nelle nuove generazioni e favorire la permanenza delle precedenti.

Capodanno

Filastrocca di capodanno
fammi gli auguri per tutto l'anno:
voglio un gennaio col sole d'aprile,
un luglio fresco, un marzo gentile,
voglio un giorno senza sera,
voglio un mare senza bufera,
voglio un pane sempre fresco,
sul cipresso il fiore del pesco,
che siano amici il gatto e il cane,
che diano latte le fontane.
Se voglio troppo non darmi niente,
Dammi una faccia allegra solamente.

G. Rodari