

## **Editoriale**

*di Massimo Cariolato*

*leggi l'articolo*

## **Infermieri in carriera...**

*di Massimo Cariolato*

*leggi l'articolo*

## **Professione Infermiere:**

utile per te, più utile per gli altri

*di Gianmaria Fanchin, Presidente Collegio IPASVI di Vicenza*

*leggi l'articolo*

## **Educazione Continua in Medicina**

una nuova sfida per i professionisti della salute

*di Massimo Cariolato*

*leggi l'articolo*

## **Infermieri e figure di supporto**

*di Sr. Prima Antonello, Direttrice Corso OTAA, OC Vicenza*

*leggi l'articolo*

## **Emotrasfusioni: novità legislative**

*di Andrea Bottega*

*leggi l'articolo*

## **Studenti in corsia:**

esperienza di un'èquipe infermieristica nella formazione degli infermieri laureandi

*di A. Cesta, M. Seganfredo e S. Bonanni*

*leggi l'articolo*

*Gli infermieri...*

## **In punta di piedi**

L'assistenza domiciliare integrata

*a cura di Sonia Dal Degan*

*leggi l'articolo*

## **I processi sociali:**

la base di una buona organizzazione

*di Gianmaria Fanchin*

*leggi l'articolo*

# Editoriale

*di Massimo Cariolato*

L'argomento di attualità che maggiormente in questi mesi ha portato la nostra professione tra le pagine della stampa locale e nazionale è, e potrebbe esserlo ancora a lungo, l'emergenza infermieristica.

L'ormai cronica carenza di personale infermieristico sta cominciando a destare le preoccupazioni degli alti vertici della politica sanitaria nazionale e soprattutto regionale, dietro la forte spinta dei Collegi Provinciali e della Federazione Nazionale IPASVI.

Le attività del Consiglio Direttivo si sono dirette principalmente verso questo fenomeno per trovarne una possibile soluzione, magari non solo temporanea.

L'evoluzione della professione infermieristica ha finalmente raggiunto il massimo livello con la legislazione degli ultimi anni: il profilo professionale e conseguente passaggio della formazione di base all'Università (1994), l'abrogazione del mansionario con l'individuazione dell'area di competenza professionale (1999) e ultima, l'istituzione della laurea di II livello che porta il professionista alla dirigenza e alla docenza (2000-2001).

Troppo spesso la stampa scambia gli infermieri preparati e competenti con gli spazzini, o definisce infermieri gli ausiliari specializzati: per il cittadino, chiunque porti una divisa e non sia un medico, è per forza un infermiere.

All'elevamento professionale quindi non è mai, o mai in modo significativo, seguita una campagna di sensibilizzazione della popolazione nei confronti della nostra professione.

Per questo motivo i Collegi IPASVI del Veneto hanno accolto l'invito, proveniente dalla Regione, a collaborare nella campagna di promozione dell'immagine dell'infermiere, pur sapendo che questo non basta a risolvere il problema.

Altra questione importante, su cui il Collegio IPASVI di Vicenza sta lavorando, per risolvere il problema della crisi infermieristica è la riorganizzazione del lavoro con particolare riferimento all'ausilio delle figure professionali di supporto all'attività assistenziale. L'argomento sarà approfondito nelle prossime pagine.

Che dire poi dei nostri stipendi insufficienti? Il problema tocca l'IPASVI in quanto va ad intaccare la dignità professionale, ma solo le organizzazioni sindacali, se ne hanno volontà, possono risolverlo.

Il malcontento all'interno della categoria sta crescendo, e gli animi degli infermieri, degli infermieri pediatrici e delle assistenti sanitarie si placheranno solo al raggiungimento di questi tre obiettivi: stipendi adeguati, condizioni lavorative dignitose e restituzione di un'immagine che rispecchi la nostra effettiva importanza all'interno del Sistema Sanitario Italiano.

# Infermieri in carriera...

*di Massimo Cariolato*

***I nuovi orizzonti della professione Infermieristica: dalle specializzazioni alla dirigenza, le nuove prospettive professionali diventano realtà.***

*"L'infermiere è l'operatore sanitario (...) responsabile dell'assistenza generale infermieristica (...) preventiva, curativa, palliativa e riabilitativa".*

Il decreto Ministeriale del 14 Settembre 1994, n. 739, meglio conosciuto come "Profilo professionale dell'Infermiere", è stato il punto di partenza di un lungo e sofferto percorso di transizione che ha portato le professioni infermieristiche a ricoprire un ruolo centrale nel Sistema Sanitario Nazionale.

Il passo più significativo di tutto questo percorso è indubbiamente l'abolizione, con la Legge n.42 del 1999, di un anacronistico mansionario e la nuova definizione delle aree di competenza professionali, individuate nel Profilo, nel Codice Deontologico e nell'Ordinamento didattico dei corsi universitari.

Lo stesso provvedimento, inoltre, sostituisce la denominazione "professione sanitaria ausiliaria" con "professione sanitaria" e questo non va inteso come un semplice cambio di etichetta, ma esprime chiaramente la volontà del Legislatore a conferire nuove autonomie e responsabilità ai professionisti della salute (infermieri, assistenti sanitari, fisioterapisti, ostetriche, ecc.).

Un ulteriore passo avanti nel processo di trasformazione della nostra professione, a conferma della tesi predetta, arriva con la Legge n.251 del 2000, secondo la quale lo Stato e le Regioni intendono promuovere "la valorizzazione e la responsabilizzazione delle funzioni e del ruolo delle professioni infermieristico-ostetriche al fine di contribuire alla realizzazione del diritto alla salute" attribuendo la "diretta responsabilità della attività di assistenza infermieristica" e "incentivando modelli di assistenza personalizzata".

La stessa 251, che di fatto istituisce la Dirigenza Infermieristica, pone le basi per la formazione universitaria specialistica, basi riprese e confermate dai decreti del Ministero della Sanità pubblicati nella Gazzetta Ufficiale il 5 Giugno di quest'anno (il testo a pag. 6), che, in linea con la riforma universitaria in corso, determinano le classi delle lauree di I e di II livello per le professioni sanitarie.

Alla luce di queste norme, quindi, per l'infermiere di oggi si prospettano nuovi orizzonti di carriera, che spaziano dall'assunzione di incarichi che richiedono alte competenze professionali (ottenibili con percorsi di specializzazione) alla direzione delle attività infermieristiche con la diretta responsabilità per la gestione di risorse umane ed economiche, per arrivare infine al dottorato di ricerca, con la possibilità di presiedere i corsi universitari o di dedicarsi alla ricerca clinica per lo sviluppo professionale.

In questo momento storico si può affermare che le possibilità di acquisire nuove conoscenze e nuovi titoli, spendibili nel mondo del lavoro, diventano sempre maggiori, anche se a volte si riscontrano non poche difficoltà, soprattutto per quanto riguarda i possessori di titoli precedenti alla laurea di I livello.

## ***Laurea di I livello e diplomi precedenti***

E' assodato il fatto che un diploma regionale od universitario è alla stregua di una laurea triennale per quanto concerne l'esercizio della professione, ma non è così automatico anche per il pro-seguimento dell'iter formativo, a cui dovrebbe conseguire un sostanziale proseguimento di carriera che non si limiterebbe alla semplice (e poco remunerata) progressione orizzontale.

I recenti decreti che determinano le classi di laurea di II livello, per esempio, fanno esplicita richiesta del titolo di laurea triennale come requisito base di accesso, escludendo di fatto tutti i sanitari con diploma regionale e con diploma universitario (oggi il 100% dei professionisti).

*"Purtroppo - spiega il Prof. Vian, Presidente del Corso di Laurea per Infermiere dell'Università di Padova - la recente normativa, tanto attesa, ci ha posto dei vincoli insormontabili per quanto riguarda l'ammissione al corso di laurea di II livello, e cioè il possesso della laurea di I livello e 5 anni di esperienza lavorativa. Inoltre nessuna norma transitoria viene in nostro aiuto per poter ammettere gli studenti diplomati con il precedente ordinamento, quindi se i prossimi laureati ci saranno solo l'anno prossimo, e dobbiamo aspettare che maturino un'esperienza lavorativa di 5 anni, sarebbe impossibile partire con il corso di laurea di II livello in tempi brevi".*

Tali affermazioni rendono chiara la situazione di disagio in cui si trovano le Università Italiane, che da una parte devono rispondere ad una sempre più forte richiesta da parte di professionisti in cerca di un futuro più appagante e dall'altra si trovano a dover superare ostacoli legislativi molto restrittivi.

A Padova il Corso di Laurea triennale di primo livello inizierà già da quest'anno a cui sarà garantito il passaggio per gli studenti che stanno frequentando il diploma universitario.

Ma questo non può bastare. Sarebbe infatti ingiusto negare a tutti gli infermieri già diplomati la possibilità di proseguire negli studi e conseguentemente di costruirsi un futuro diverso e migliore di quello che si poteva prospettare solo qualche anno fa.

### ***Cosa si può fare, quindi, per dare pari opportunità a tutti gli infermieri?***

L'Università di Padova ha trovato una possibile soluzione per ovviare a questa lacuna legislativa: *"Il nostro obiettivo - afferma il Prof. Vian - è quello di far conseguire, con dei percorsi formativi di integrazione costruiti per ogni tipologia di studente (diploma regionale, diploma universitario, DAI, ecc), la laurea di I livello, in modo tale da costituire una base di ammissibili alla laurea di II livello che non comprenda solamente i pochi studenti che conseguiranno il titolo il prossimo anno accademico".*

Il Presidente del Corso di Laurea per Infermiere dell'Università di Padova approfondisce la questione affermando di aver *"rapportato obiettivi e programmi della laurea di primo livello con le diverse tipologie di studenti in base ai titoli precedentemente acquisiti"* ed aver *"proposto diversi percorsi formativi per dare pari opportunità a tutti gli infermieri, in possesso del diploma di maturità naturalmente, di conseguire la laurea di I livello, e quindi poter accedere ai gradi successivi".*

### ***A titolo esemplificativo, un infermiere in possesso del diploma regionale conseguito nei primi anni 90, quindi anche con una discreta esperienza lavorativa, cosa deve fare per ottenere il riconoscimento del titolo universitario al fine del proseguimento degli studi?***

Anche a questa domanda risponde il Prof. Vian, affermando che tale ipotetico individuo *"può conseguire la laurea di I livello sostenendo 3 esami e presentando una tesi. Se lo studente si iscrive quest'anno, impegnandosi a fondo potrebbe conseguire il titolo già nella sessione primaverile del prossimo anno (quindi in un solo semestre) e diventare ammissibile al corso di Laurea di II livello che quasi sicuramente partirà il prossimo anno".*

Da queste dichiarazioni possiamo affermare che si sono ottenuti notevoli risultati per quanto riguarda la formazione e la carriera infermieristica, ma è doveroso precisare che *"tutte queste decisioni sono state prese dal Consiglio di Facoltà, ma sono subordinate alla decisione finale degli Organi Accademici, che dovrebbero esprimersi (quasi sicuramente senza obiezioni) entro la fine del mese di Luglio"*, sottolinea il Prof. Vian.

## *Master di specializzazione*

Un altro settore importante a cui può rivolgersi l'attenzione e la richiesta formativa dei professionisti sanitari è la tanto attesa e chiacchierata specializzazione.

Posta in essere già dal profilo professionale come formazione post-base per la pratica specialistica (suddivisa nelle 5 aree di sanità pubblica, pediatrica, psichiatrica, geriatria e area critica) si vede ora trasformare, con la nuova riforma universitaria, in Master di specializzazione.

Nonostante l'idea di questo percorso sia nata in un periodo precedente alla laurea di II livello, l'Università di Padova, come la maggior parte delle Università Italiane, ha preferito dedicarsi maggiormente alla costituzione di un percorso formativo che possa portare l'infermiere a quella dirigenza delineata dalla legge 251 del 2000, lasciando in secondo piano i corsi di specializzazione.

In merito a questo argomento il Prof. Vian spiega che *"ci sono solo prospettive, ma ancora niente di certo. L'idea dell'Università di Padova è la costituzione di un programma di formazione complementare a moduli, del tipo di quello proposto dalla Federazione IPASVI. Lo studente avrà quindi la possibilità di frequentare, compatibilmente con la propria attività lavorativa, corsi modulari accreditabili, e successivamente ottenere il riconoscimento del Master di specializzazione. Un master di specializzazione è un percorso formativo intenso (1500 ore in un anno) e quindi pochi infermieri riuscirebbero a combinare lavoro e studio. Il sistema a moduli, invece, dà la possibilità a tutti di arrivarci gradualmente."*

*"Naturalmente, per l'attuazione di questi percorsi formativi - continua il Prof. Vian - anche la Regione Veneto deve attivarsi e collaborare con l'Università".*

# Professione Infermiere: utile per te, più utile per gli altri

*di Gianmaria Fanchin*

Prima della conclusione dell'anno scolastico 2000-2001 è stata realizzata una campagna informativa per il corso di laurea per infermiere, indirizzata agli studenti di scuola media superiore e allo scopo di offrire una ulteriore possibilità orientativa per il loro futuro.

Per questa attività la Regione Veneto, promotrice dell'idea, ha chiesto la collaborazione dei Collegi IPASVI delle sette province venete, allo scopo di realizzare un unico messaggio informativo diretto a raggiungere i potenziali studenti, tanto a Rovigo quanto a Belluno.

E' stata una condivisione comune pensare di informare i giovani sulla professione dell'infermiere, professione della quale nessuna società che si ritiene civile può farne a meno, rispondendo con questa iniziativa, non certo l'unica, al serio problema dell'emergenza infermieristica.

Per questa campagna i Collegi IPASVI sono stati invitati a Venezia, sede della Regione Veneto, ancora nell'aprile di quest'anno, con la finalità di individuare quali strategie rendere operative per rispondere in modo efficace all'obiettivo posto. In tale sede tutti gli invitati (non solo i rappresentanti dei collegi, ma anche i coordinatori dei corso di diploma) hanno avuto modo di esprimere le proprie idee in merito all'impresa in oggetto. Al termine di quella prima seduta venivano individuate le prime cose da fare e da parte di chi: per il messaggio in Internet i collegi di Vicenza e Padova; per le locandine con relative immagini il collegio di Verona e Venezia con il contributo, per idee ulteriori, da parte di tutti i coordinatori di sede di diploma e dei restanti collegi.

In un secondo incontro venivano presentate le proposte del collegio di Venezia da parte del consigliere Schiavon, del coordinatore del corso di diploma del policlinico S. Marco con la presentazione di un manifesto e la proposta del collegio di Vicenza che presentava un progetto articolato in obiettivi da raggiungere, individuazione della tipologia di utenti a cui orientare il messaggio (target), la modalità di linguaggio appropriata al target, le strategie operative con l'individuazione di più canali informativi: internet, stampa regionale, incontri di orientamento nelle scuole e folder illustrativi da lasciare agli studenti nei suddetti incontri.

Un ulteriore incontro presso la sede della Regione decideva quale dovesse essere il progetto da realizzarsi tra quelli individuati (Vicenza, Venezia, Policlinico S. Marco di Mestre).

Dopo approfondite discussioni veniva approvato il progetto di Vicenza ma da realizzarsi con l'aiuto del Collegio di Padova per quanto riguardava il sito internet e la collaborazione di tutti gli altri Collegi IPASVI per gli incontri di orientamento presso tutte le scuole della sette province venete.

La campagna informativa così articolata ha previsto:

- 3 uscite sul Gazzettino in tutta la regione e contemporaneamente sui quotidiani locali (il Giornale di Vicenza per Vicenza, il Corriere delle Alpi per Belluno, L'Arena per Verona, Il Mattino di Padova per Padova, La Nuova Venezia per Venezia, La Tribuna di Treviso per Treviso, ecc.) per un totale di 21 uscite le domeniche 3 e 10 giugno e il lunedì 4 giugno 2001;
- la produzione di 100.000 folder illustrativi suddivisi in parti uguali tra tutti i Collegi da distribuire agli studenti;
- la realizzazione di 2 siti internet, (uno della regione e uno dei collegi) contenenti le informazioni relative l'articolazione del corso, le modalità di iscrizione e le sedi formative dove frequentare;
- la realizzazione di materiale cartaceo (kit) con la traccia da seguire per le persone individuate a veicolare il messaggio nelle scuole durante gli incontri con gli studenti. A tal scopo il collegio di Vicenza ha utilizzato la tecnica della videoproiezione in power-point.

Gli incontri nelle scuole e le uscite sui quotidiani sono avvenuti contemporaneamente, dopo che la Regione Veneto aveva fatto pervenire ai Provveditori agli studi una lettera informativa sulla campagna promozionale chiedendone la collaborazione per rendere più agevole l'attività di orientamento da parte delle persone incaricate dai Collegi.

In questa attività il Collegio di Vicenza ha contattato 35 scuole superiori di Vicenza e provincia (Thiene, Schio, Noventa, Lonigo, Arzignano, Valdagno, Asiago, Bassano del Grappa, Breganze, Recoaro), incontrando direttamente gli studenti con dibattiti sulle funzioni e sul ruolo professionale dell'infermiere di oggi. La sorpresa maggiore è stata la non conoscenza di questa figura professionale da parte degli studenti, definita per i più "un mondo sconosciuto".

In tutti gli istituti o licei in cui siamo stati abbiamo avuto l'effettiva collaborazione degli insegnanti, i quali ci hanno caldamente invitato a tornare anche per l'anno successivo ritenendo importante offrire ai loro studenti più possibilità di scelta per il loro futuro.

La realizzazione di tutto il progetto ha impegnato molte persone, ma attraverso la collaborazione di tutti si è riusciti a raggiungere l'obiettivo stabilito. I primi risultati si stanno già vedendo: gli studenti si presentano direttamente presso la sede della scuola di Vicenza (polo didattico per l'Università di Verona), così come per via telefonica e per posta elettronica, per richiedere informazioni e chiarimenti sul corso promosso.

***Si ringraziano per la realizzazione del progetto e per gli interventi nelle scuole:*** Bedin Marilena, Carollo Giovanna, Savio Michela, Zimello Francesca, Thiella Michele, Mazzaretto Emiliano, Zanettin Sergio, Soardi Angela, Bottega Andrea, Cariolato Massimo e Sbalchiero Ilaria.

## **Cosa ne pensano gli studenti di questa Campagna informativa sulla figura dell'Infermiere?**

La lettera che segue, indirizzata al Presidente del Collegio IPASVI di Vicenza, dà una valutazione molto positiva alla campagna "**Professione Infermiere: utile per te, più utile per gli altri**" e riflette la maggior parte delle impressioni colte dai relatori durante gli incontri nelle scuole del Vicentino.

*"Come studentessa dell'Istituto Professionale per i Servizi Socio Sanitari "B. Montagna", ci è stata offerta l'opportunità di ricevere delle informazioni inerenti il Corso Universitario in Scienze Infermieristiche.*

*Questa conferenza si è tenuta presso la nostra scuola, presentandoci il corso triennale di studi ed eventuale specializzazioni post-diploma.*

*L'incontro è stato tenuto da due relatori, a nostro parere molto motivati nella loro attività.*

*Inoltre, hanno risposto in modo esauriente e preciso ai nostri interrogativi, soddisfacendo così le nostre curiosità e perplessità.*

*Infine, grazie alla loro disponibilità, abbiamo avuto modo di conoscere un mondo ancora sconosciuto.*

*Alcune di noi, dopo la riunione, si sono indirizzate verso questo settore, colpite anche nel sentir dire quanto attualmente sia insufficiente il numero delle figure professionali infermieristiche in Italia.*

*Siamo state pure motivate dal pensiero di un garantito sbocco lavorativo per chi sceglie questa facoltà.*

*Cogliamo l'occasione per ringraziare nuovamente i relatori per averci offerto un po' del loro tempo."*

***Maria Teresa Zanetti e Giulia Guglielmi***

# **E.C.M.: una nuova sfida per i professionisti della salute**

*di Massimo Cariolato*

La professionalità e la competenza di un operatore sanitario si fonda su tre principi fondamentali: il sapere, il fare e l'essere, ovvero il possesso di conoscenze teoriche aggiornate, di abilità tecniche e manuali e di capacità comunicative e relazionali.

Da qui deriva l'esigenza dei sanitari di acquisire le conoscenze necessarie per mantenersi professionalmente aggiornati e competenti.

La competenza, e cioè la perfetta conoscenza della materia del proprio campo e delle leggi proprie di ciascuna disciplina, è innanzitutto un obbligo morale. Si evince infatti dal nostro Codice Deontologico (e non solo dal nostro) che *"l'infermiere fonda il proprio operato su conoscenze validate ed aggiornate, così da garantire alla persona le cure e l'assistenza più efficaci"* e ancora *"ha il diritto e il dovere di richiedere formazione e/o supervisione per pratiche nuove o sulle quali non ha esperienza"* (articoli 3.1 e 3.3).

Il dovere deontologico viene inoltre rafforzato dalla voce dei cittadini che richiedono operatori attenti, aggiornati e sensibili.

Nasce così, in linea con un progetto più ampio di riordino del Sistema Sanitario Nazionale iniziato con la legge 833 del 1978, l'Educazione Continua in Medicina: un programma articolato e standardizzato in grado di soddisfare i bisogni formativi dei professionisti in tutto il territorio nazionale, siano essi dipendenti pubblici, privati o liberi professionisti.

L'E.C.M., infatti, riesce ad organizzare e controllare tutte le attività formative, sia teoriche che pratiche, promosse da associazioni professionali, aziende sanitarie, università, privati, ecc. In questo modo ogni singolo professionista potrà verificarne l'effettiva qualità e utilità.

## **Come funziona l'E.C.M.**

Il programma attuato dall'ex Ministro della Sanità, On. Umberto Veronesi, si propone di rendere "misurabili" gli eventi formativi proposti dai vari organizzatori (provider) con un sistema di assegnazione di crediti detto accreditamento.

Questa valutazione è demandata ad una Commissione Nazionale appositamente costituita che si avvale della collaborazione di esperti sparsi per il territorio italiano.

Il credito formativo ECM è quindi l'unità di base che misura il tempo e l'impegno che il medico, l'infermiere o altro operatore sanitario dedicano annualmente all'aggiornamento.

Ogni professionista è chiamato ad acquisire, in un triennio, almeno 150 crediti formativi, equivalenti a circa 3 settimane di formazione di alto livello qualitativo.

La Commissione Nazionale ha inoltre stabilito un limite minimo annuale di 20 crediti e uno massimo di 80, in modo da obbligare l'operatore a programmare la propria formazione, distribuendola equamente nel tempo.

Gli eventi formativi accreditabili si possono classificare in due grandi categorie (formazione residenziale e formazione a distanza) e nella fase a regime saranno raccolti in una banca dati on-line organizzata dalla Commissione Nazionale e messa a disposizione di tutti gli operatori.

## Le fasi dell'E.C.M.

Il programma di Educazione Continua in Medicina si articola in tre fasi:

1. prima fase sperimentale (1° semestre del 2001)
2. seconda fase sperimentale (2° semestre 2001)
3. fase a regime (dal 1 gennaio 2002)

Le fasi sperimentali (primo semestre riservato ai soli medici e odontoiatri e secondo semestre allargato a tutti gli operatori) sono state messe a punto per validare la procedura di valutazione degli eventi formativi e di certificazione dei crediti per i professionisti.

I Collegi IPASVI, chiamati ad essere “*garanti, nei confronti della persona e della collettività, della qualificazione dei singoli professionisti e della competenza acquisita e mantenuta*” (Cod. Deont. Art. 7.2), svolgono un ruolo molto rilevante all’interno di questo progetto, partecipando alla definizione di criteri e strumenti per il riconoscimento e la valutazione delle esperienze formative.

A sperimentazione conclusa, il singolo operatore dovrà di fatto attuare un programma personale di formazione al fine di acquisire i crediti necessari al mantenimento della propria competenza; in caso contrario sarà prevista una forma di penalizzazione, anche economica, rispetto ai colleghi “più aggiornati”.

Diventa quindi estremamente importante e necessario attivarsi autonomamente per raggiungere gli obiettivi prefissati dall’E.C.M., sicuramente avvalendosi anche delle facilitazioni proposte dall’Azienda o dalle associazioni professionali.

<b>Prima fase sperimentale</b>	<b>Seconda fase sperimentale</b>	<b>Fase a regime</b>
dal 1 gennaio 2001	dal 8 giugno 2001	dal 1 gennaio 2001
Formazione facoltativa rivolta ai soli medici chirurghi e odontoiatri	Formazione facoltativa rivolta a tutti gli operatori sanitari	Formazione obbligatoria rivolta a tutti gli operatori sanitari

Tutte le informazioni su questo argomento le trovate on-line all’indirizzo <http://ecm.sanita.it>

# Infermieri e figure di supporto

*di Sr. Prima Antonello*

Parlare di infermieri e figure di supporto oggi va un po' di moda, pertanto non poteva restare estranea la voce del Collegio.

Il profilo professionale all'art.1 dice che "l'infermiere per l'espletamento delle sue funzioni si avvale, ove necessario, di figure di supporto" e che "l'infermiere contribuisce alla formazione delle figure di supporto".

Da ciò, si deduce che tra infermieri e figure di supporto c'è una affinità operativa e formativa e che la collaborazione è d'obbligo.

L'organizzazione dell'attività assistenziale con l'introduzione degli operatori OAA/OTAA, e in un prossimo futuro dell'OSS, non è una scelta di qualche struttura socio-assistenziale o di qualche ufficio infermieristico, bensì la conseguenza del cambiamento dello "status" dell'infermiere; un cambiamento conquistato dalla professione stessa lottando con tenacia e forza.

Spesso gli infermieri, nei confronti di queste nuove figure, manifestano perplessità e diffidenza e pensano che il loro inserimento nell'attività assistenziale sia dovuto solo alla carenza di infermieri.

E' vero, in parte questa realtà può aver accelerato i tempi, però il cambiamento è la conseguenza logica del nuovo ruolo cui è chiamato a svolgere l'infermiere.

Tutti conoscono la normativa per quanto concerne la formazione dell'infermiere, le funzioni che svolge e la collocazione in ambito assistenziale; vedi D.M. 739/94 (profilo professionale), tabella XVIII ter/96 (ordinamenti didattici), legge 42/99 (abrogazione del mansionario), legge 251/2000 (dirigenza infermieristica) e D.M. del 2 aprile 2001 (lauree di I e II livello).

Questa normativa ha indubbiamente cambiato il volto alla professione infermieristica, per cui i primi a prenderne coscienza dobbiamo essere soprattutto noi infermieri.

E' stato chiesto ad uno studente del 1° anno del corso di Diploma Universitario, come vede la professione infermieristica, dopo la sua breve esperienza di tirocinio e questa è stata la risposta: "gli infermieri non hanno ancora preso coscienza dei cambiamenti in atto nella professione infermieristica, forse non conoscono bene la normativa, per cui si concentrano più sul fare che sull'essere infermieri...". Questa risposta non meraviglia, ma fa riflettere!

E' tempo ormai di appropriarci del nostro specifico professionale, dobbiamo collaborare, delegare e assumerci di conseguenza le responsabilità che ne derivano. Autonomia e responsabilità non possono essere disgiunte. Non siamo più una professione "ausiliaria" bensì una professione sanitaria, con tutti i carismi in piena regola.

Non dobbiamo temere che le figure di supporto influiscano negativamente sulla qualità dell'assistenza. Se vengono preparate nel rispetto della normativa vigente nella nostra Regione e gli infermieri, preposti alla formazione, lo fanno con competenza e senso di responsabilità, ne risulterà senz'altro una preparazione adeguata al ruolo che sono chiamati a svolgere. Dobbiamo sfatare i pregiudizi che esistono nei loro confronti perché nella maggior parte dei casi, sono persone motivate e con una buona base culturale per cui, la loro, è una scelta e non un ripiego.

Forse abbiamo bisogno di conoscere maggiormente la loro formazione e il loro profilo operativo.

Il programma del corso che frequentano è costituito da 1200 ore comprensive di teoria e pratica e non sono poche! (Gli infermieri generici ne facevano 600).

L'assistenza di base la sanno erogare con un buon livello di competenza sia tecnico che relazionale.

Certamente queste nuove figure contribuiscono a cambiare l'immagine dell'infermiere, il quale è chiamato a svolgere funzioni che richiedono una maggiore responsabilità, liberandosi così da quelle funzioni improprie, che tanto tempo tolgono all'attività assistenziale vera e propria.

L'organizzazione del lavoro ci deve consentire di avere il tempo per la rilevazione dei bisogni assistenziali e per una relazione d'aiuto qualificata; realtà finora in parte sacrificata per compiti di più basso livello.

Voglio ancora sottolineare che: le figure di supporto non devono essere viste e utilizzate come la sostituzione di "infermieri mancanti", bensì come una integrazione armonica di professionalità diverse, questo per poter offrire al cittadino-utente prestazioni assistenziali più qualificate, sia in ambito ospedaliero che domiciliare.

Il decidere "*chi fa che cosa*", in ambito assistenziale, spetta agli infermieri: questo li qualifica e, nel contempo, richiede maggiori competenze scientifiche e organizzative.

Non possiamo più agire con approssimazione, ma dobbiamo operare con scientificità. Dobbiamo quindi predisporre e utilizzare degli strumenti operativi che non diano adito a confusioni operative.

Pertanto i protocolli e le linee guida si rendono indispensabili per una assistenza di qualità: questi strumenti devono essere condivisi da tutta l'equipe assistenziale sia per i contenuti che per le modalità di applicazione.

Le responsabilità saranno così condivise nel rispetto del ruolo e delle competenze proprie di ogni professionista.

# Emotrasfusioni: novità legislative

di Andrea Bottega

## *Quali sono le competenze e le responsabilità dell'infermiere nell'esecuzione del prelievo per le prove di compatibilità in caso di richiesta di emotrasfusione, e nella trasfusione di sangue ed emoderivati?*

La legge 4 maggio 1990 n.107 all'art. 3, precisa che "il prelievo di sangue intero é eseguito da un medico o, sotto la sua responsabilità e in sua presenza, da un infermiere professionale". Non si ritiene che tale disposizione sopravviva all'ondata abrogatrice delle norme mansionariali, in quanto nata essa stessa come deroga al mansionario dati gli angusti limiti riconosciuti all'infermiere dal D.P.R. 225/1974.

Il prelievo in questione era ovviamente da riferirsi esclusi-vamente al salasso per la donazione. Quindi nella legge citata, l'infermiere professionale poteva in effetti eseguire il prelievo, ma solo nelle strutture indicate dalla legge stessa e precisate dall'art. 4 e cioè i servizi di immunoematologia, i centri trasfusionali e le unità di raccolta.

Per quanto riguarda il prelievo per la richiesta di sangue per la determinazione del gruppo sanguigno e della prova crociata, l'art. 27 del Decreto del Ministero della Sanità 27/12/1990, pubblicato sulla G.U. n.20 del 24/1/91, specificava che "il campione di sangue".....deve essere "firmato dal medico che ha la responsabilità del prelievo". Non era esattamente indicato il compito del medico nell'esecuzione del prelievo, ma un certo grado di supervisione e controllo, nonché di relativa responsabilità del medico si.

Inoltre le linee guida emanate dal Ministero della Sanità in applicazione dell'art.12 della legge 10/7/90 definisce la trasfusione di sangue "un atto medico" e pertanto specifica che "deve essere prescritta ed effettuata dal medico".

Successivamente, sempre le linee guida, precisano le competenze del medico e dell'infermiere e di entrambi insieme. Riporto testualmente il documento dappresso anche se le linee guida in questione non risultano essere state ufficialmente pubblicate sulla Gazzetta Ufficiale.

### **La trasfusione é un atto medico e va pertanto prescritta ed effettuata dal medico, che é responsabile dei seguenti atti:**

- *accertamento dell'indicazione;*
- *valutazione per l'auto-trasfusione;*
- *ottenimento del consenso informato;*
- *richiesta di sangue;*
- *verifica e sottoscrizione della corretta compilazione dei dati anagrafici del paziente sulla richiesta e sui campioni di sangue;*
- *accertamento della compatibilità teorica di gruppo ABO e tipo Rh, tra l'unità da trasfondere e il ricevente;*
- *ispezione dell'unità prima della trasfusione;*
- *registrazione dell'ora di inizio della trasfusione e del numero di carico dell'unità;*
- *trasfusione di sangue (sorveglianza del paziente e valutazione di efficacia);*
- *segnalazione di eventuali complicanze della trasfusione.*

### **Inoltre il medico é corresponsabile con il personale infermieristico dei seguenti atti:**

- *identificazione del paziente al momento dei prelievi di sangue e della trasfusione;*
- *verifica dell'identità tra il paziente che deve ricevere la trasfusione ed il nominativo del ricevente*

*riportato sull'unità;*

- *registrazione dei dati;*

### **Il personale infermieristico di reparto é responsabile dei seguenti atti:**

- *compilazione della parte anagrafica della richiesta di sangue o di gruppo sanguigno;*
- *esecuzione dei prelievi di sangue e compilazione delle relative etichette;*
- *invio della richiesta e dei campioni di sangue al servizio trasfusionale;*
- *gestione in reparto delle unità consegnate sino al momento della trasfusione;*
- *registrazione dell'ora in cui termina la trasfusione ed eliminazione del contenitore;*
- *invio al servizio trasfusionale di una copia del modulo di assegnazione e trasfusione;*
- *invio al servizio trasfusionale delle segnalazioni di reazione trasfusionale e dei materiali necessari alle indagini conseguenti.*

Questo complesso di documenti risulta superato - relativamente al prelievo di sangue per compatibilità e richiesta gruppo - dal recente D.M. 25 gennaio 2001 "Caratteristiche e modalità per la donazione di sangue e di emocomponenti" (in Gazzetta ufficiale del 3 aprile 01) in cui all'art. 14 "Richiesta di sangue" si specifica che la richiesta di sangue deve ancora essere firmata dal medico su apposito modulo fornito dalla struttura trasfusionale e il prelievo deve essere contrassegnato in modo da consentire l'identità del soggetto cui appartiene e "firmato dal responsabile del prelievo". Il prelievo a scopo richiesta di sangue diventa, nella sua esecuzione, di piena competenza infermieristica in relazione alla norma regolamentare citata.

Il quarto comma dell'art. 14 specifica – rimandando alla procedura predisposta dal responsabile della struttura trasfusionale – i casi di emergenza e urgenza per i quali si possa derogare alla procedura indicata dal regolamento.

Nulla invece dicono i recenti decreti in merito alla esecuzione della trasfusione di sangue. Quello che deve essere tenuto presente, ai fini della legittimità della attività, è la distinzione tra somministrazione di sangue intero o di emocomponenti che necessitano di prove di compatibilità con questi ultimi che non necessitano di prove di compatibilità e di emoderivati. In quest'ultimo caso non vi sono problemi di legittimità in quanto non si realizza un diverso evento trasfusionale come ben dimostrato anche dalla modulistica predisposta dal Ministero della sanità con il DM 1 settembre 1995 che distingue i moduli del c.d. consenso informato tra le due situazioni.

Nel caso in cui si realizza l'evento trasfusionale (sangue intero e emocomponenti che necessitano di prove di compatibilità) sono ancora in vigore i protocolli sopra riportati e la competenza è da considerarsi medica.

# **Studenti in corsia: esperienza di un'equipe infermieristica nella formazione degli infermieri laureandi**

*di Cesta Antonia, Seganfredo Maria Angela e Bonanni Silvia*

**Il reparto di Chirurgia I Uomini dell'ospedale "S. Bortolo" storicamente è sempre stato un reparto scuola. Questo fatto ci ha consentito negli anni di maturare una esperienza formativa di grande rilievo, spaziando dalla precedente formazione della scuola regionale alla attuale formazione Universitaria. A Vicenza infatti è presente una sede staccata della Università di Verona.**

**Le problematiche che investono direttamente il reparto riguardano in particolar modo la programmazione del tirocinio. Esso risulta essere frutto di molteplici fattori: l'esperienza dello staff della scuola, i vincoli scolastici Universitari (esami, appelli ecc.), le osservazioni da parte dei reparti scuola. Nella nostra realtà, inoltre, abbiamo dovuto affrontare ulteriori difficoltà legate ad un completo turn over del personale infermieristico che si è verificato nell'arco di poco tempo. Tuttavia non pare questo abbia compromesso l'aspetto formativo nei confronti degli studenti.**

**Tutti gli infermieri presenti in reparto partecipano alla formazione degli studenti, sia con la presenza in aula nei laboratori, sia con riunioni periodiche di reparto e formazione specifica, guidandoli infine nel tirocinio.**

**Inizialmente c'era tanto timore da parte del gruppo infermieristico, per senso di inadeguatezza e paura di non essere all'altezza: cosa potremmo insegnare noi con il diploma regionale ai nuovi infermieri che frequentano l'Università? In aiuto ci è giunta la pratica quotidiana, e abbiamo compreso che il bisogno formativo, le paure, le ansie, le curiosità degli studenti sono le stesse di chi aveva frequentato la scuola regionale con la differenza che questi studenti hanno maggiore conoscenze teoriche e capacità di assumere e applicare decisioni maggiormente motivate.**

**Il problema iniziale stava, secondo noi, nella scelta delle mansioni che si potevano affidare a loro. Con l'esperienza, invece, ci siamo resi conto che il vero problema è quello di rendere lo studente responsabile sui risultati. Il progetto formativo è reso così possibile in quanto fondato su una filosofia pedagogica che pone al centro lo studente, in un processo scandito da obiettivi chiari e definiti.**

**Un compito importante è svolto dal tutor in quanto svolge un ruolo essenziale nel definire gli obiettivi e una sorta di "contratto formativo".**

**Anche la Capo Sala di reparto ha un ruolo fondamentale, soprattutto nella misura in cui sa porsi come interfaccia tra studente e contesto organizzativo, e in particolare:**

- **Sa creare un ambiente formativo adeguato, accogliere lo studente e seguirne l'inserimento;**
- **Sa informare e coinvolgere tutte le figure presenti in reparto (gli infermieri come guide, i medici per l'insegnamento clinico, gli OTA come personale di supporto)**
- **Sa partecipare con i tutor clinici alla progettazione del tirocinio.**

**L'infermiere a sua volta deve:**

- **Saper stimolare lo studente ad esplicitare le conoscenze scientifiche e tecniche nel momento della loro applicazione**
- **Saper motivare ed esplicitare i processi decisionali dell'azione infermieristica**
- **Saper affinare le capacità dello studente nell'esecuzione di mansioni e manovre**
- **Saper far riflettere lo studente sugli errori commessi, in quanto diventino un punto di partenza per migliorarsi e non un freno formativo**
- **Saper contribuire alla valutazione finale.**

## **VANTAGGI PER IL REPARTO**

**In particolar modo risultano essere tre gli aspetti che costituiscono un vantaggio per un reparto scuola:**

**aspetto motivazionale:** per l'équipe è uno stimolo nuovo rispetto alla normale routine, diventa stimolante aggiornarsi, studiare, confrontarsi e discutere tra colleghi sul percorso formativo e sull'organizzazione del lavoro al fine di migliorare la qualità dell'assistenza e creare un clima di collaborazione e di confronto.

**aspetto educativo:** allenarsi a collegare la teoria con la pratica soprattutto attraverso l'esplicazione di conoscenze nel rispetto del paziente e dell'organizzazione del lavoro.

**Aspetto relazionale:** si nota un miglioramento dei rapporti interpersonali tra studenti, infermieri, altri operatori sanitari e pazienti. Stabilire un rapporto amichevole rende il tirocinio una bella esperienza e fa capire che la nostra professione funziona solo se all'interno del gruppo c'è un buon clima di rispetto, collaborazione, umiltà, senso di empatia, autocontrollo e sicurezza.

## **SVANTAGGI E DIFFICOLTA' PER IL REPARTO**

**Anche le difficoltà non mancano. Esse possono essere così puntualizzate:**

- **Il periodo di tirocinio è spesso troppo breve per formare, rendere autonomo, conoscere e valutare lo studente;**
- **La responsabilità della valutazione comporta la necessità di acquisire capacità critica;**
- **Il mancato riconoscimento dell'impegno profuso nel proprio curriculum professionale;**
- **Il rallentamento dei tempi dei piani di lavoro;**
- **La responsabilità legale dell'infermiere sull'operato dello studente.**

**Nonostante ciò, risulta tuttavia stimolante il fatto che lo studente riconosca la competenza degli infermieri e ritenga il nostro reparto adeguato alle loro necessità di apprendimento.**

**Questi segnali positivi per la nostra esperienza formativa pluriennale ci hanno portato ad intraprendere una nuova sfida: accreditare il reparto per la formazione degli studenti universitari.**

## **Gli infermieri...**

*a cura di Sonia Dal Degan*

### **In punta di piedi**

#### *L'assistenza domiciliare integrata*

L'assistenza domiciliare è l'insieme degli interventi a domicilio del paziente che tendono a fornire cure mediche, infermieristiche e di tipo assistenziale in forma integrata, nel rispetto dei diritti del paziente per evitare il ricovero in ospedale o in strutture di lungo degenza.

Negli ultimi dieci anni, in Italia, si è assistito ad un duplice fenomeno: da un lato l'aumento della vita media con tasso di crescita zero, che ha fatto sì che la popolazione anziana (età superiore ai 65 anni) fosse maggiore di quella adolescente, e dall'altro un incremento dell'incidenza di patologie un tempo a prognosi infausta in breve termine, soprattutto nel campo oncologico.

Visto lo scenario si comprende facilmente quali siano i campi elettivi di intervento delle cure domiciliari: la geriatria e l'oncologia.

Nel tentativo di umanizzare il servizio sanitario, di migliorare la qualità della vita e della morte, dal punto di vista del contenimento dei costi favorito dalla diminuzione delle ospedalizzazioni e dalla riduzione dei tempi di degenza, l'Infermiere Professionale, che sarà sempre più presente nel territorio, è chiamato, con la sua arte di "professionista della relazione d'aiuto" a favorire e promuovere questi intenti. L'efficacia degli interventi del team multidisciplinare (il medico di medicina generale, infermiere professionale, l'assistente sociale, lo psicologo, le associazioni di volontariato, lo specialista, i consulenti occasionali ognuno con il proprio ruolo e competenza diversi ed integrati) sarà determinata dal rispetto della regola della *comunicazione delle informazioni*.

La relazione che l'infermiere saprà instaurare con l'utente determinerà la riuscita o meno degli interventi. Le difficoltà che incontrerà nell'operare fuori del "setting" abituale saranno tanto più superabili quanto più l'infermiere sarà capace di CON-PRENDERE, prima di ogni intervento, per capire CHI e CHE COSA sta chiedendo.

Dalle esperienze raccolte da infermieri già impegnati in A.D.I. si rileva una sostanziale diversità nel rapporto Paziente/Infermiere rispetto all'ospedale, dove il paziente è a letto e con addosso un pigiama, quindi in una condizione di dipendenza, mentre il paziente che si incontra nel territorio è in una posizione favorevole in quanto, essendo il padrone di casa, "detta le regole" e accoglie in casa sua, in un clima collaborativo, chi sa entrare "IN PUNTA DI PIEDI".

Riportiamo un'intervista rilasciata da un infermiere professionale che opera nel territorio da qualche anno, nella certezza che nulla più della diretta testimonianza di un operatore sanitario possa essere significativa, per meglio comprendere questo particolare ambito di lavoro dell'Infermiere che in un futuro molto prossimo acquisterà sempre maggiore rilievo.

Il professionista intervistato, prima di dedicarsi all'assistenza domiciliare, ha prestato servizio presso un centro di Rianimazione per quattro anni, presso un Centro Immunotrasfusionale per quattro anni e presso un Istituto Psichiatrico per un anno.

## **Intervista a un Infermiere Professionale di ADI**

### **Quali sono le motivazioni che ti hanno spinto ad uscire dall'ambiente ospedaliero?**

Grazie all'esperienza di esercizio professionale in diversi reparti ospedalieri, ho imparato a lavorare in autonomia, traendo soddisfazione dai risultati che ottenevo e aiutavo ad ottenere ai pazienti affidatemi. Mi sono accorta che il rapporto che riuscivo ad instaurare con pazienti, familiari, colleghi e collaboratori favoriva il raggiungimento degli obiettivi. L'opportunità di uscire e sfruttare la possibilità di poter liberamente e responsabilmente esercitare le tante autonomie che il territorio offre, mi è sembrato motivo di crescita personale e professionale.

### **Quale il ruolo dell'infermiere nel contesto del servizio ADI?**

Per fare un paragone che identifichi la figura dell'infermiere sul territorio userò un'analogia che dovrebbe esistere, di fatto, ma che per ora è ancora in fase di gestazione: così come esiste il medico di famiglia, l'infermiere di famiglia. Questo dovrebbe essere l'obiettivo che l'infermiere si pone. Il paziente e la sua famiglia, dopo aver fatto le sue riflessioni e considerazioni tende a puntare sull'infermiere come mediatore tra il domicilio e il mondo sanitario in genere.

### **Quali sono le maggiori difficoltà che si incontrano nell'operare fuori dal tradizionale "setting"?**

I maggiori problemi che si possono incontrare sul territorio sono legati, per ora, a difficoltà organizzative ed alla scarsità di materiale a disposizione. Spesso il lavoro a domicilio presenta degli imprevisti che spesso allungano i tempi di assistenza. Questo causa sottrazione di tempo e cure ad altri pazienti e ritardi nell'organizzazione distrettuale. L'infermiere di distretto è anche impegnato in attività infermieristiche ambulatoriali (prelievi ematici, medicazioni, supporto ambulatorio cardiologico, diabetologico, incontri UOD, riunioni di équipe). Altri motivi di possibile disagio, soprattutto per l'infermiere, è la difficoltà di un confronto immediato con l'équipe (si esce quasi sempre da soli), altre volte si possono incontrare ostacoli familiari, o scarsa collaborazione da parte del personale di supporto (l'operatore sociale).

### **Di quali strumenti dispone un infermiere che esercita sul territorio?**

Ogni infermiere è dotato di una divisa, di un cartellino di riconoscimento, di un'automobile per muoversi da una abitazione all'altra, a turno ha a disposizione un telefono cellulare, possiede un borsone contenente il materiale necessario, che ognuno organizza in base alle prestazioni (materiale per valutazione e gestione: CV, alvo, terapia EV, SC, IM, SNG, PEG, nefrostomie, colonstomie, tracheostomie, rilievo PA, Glucostick, controlli ematochimici, ecc.), detiene una cartella infermieristica adattata per il tipo di paziente, modulistica varia, alcuni testi disponibili presso il Distretto.

### **Quali sono, o quali dovrebbero essere, i punti di riferimento a disposizione dell'infermiere che opera sul territorio?**

Sicuramente si può contare sull'aiuto e la consulenza dei colleghi (anche quelli ospedalieri) e dei collaboratori (Fisioterapista, Operatori Sociali); in sede è sempre disponibile un Coordinatore Infermieristico, spesso il Medico di base è raggiungibile telefonicamente, ed in sede è spesso presente uno specialista geriatra. Non si è quindi completamente soli ma non sempre l'infermiere riesce a sentirsi mentalmente parte integrante di una squadra. Si sente ancora forte il bisogno di "linee guida" operative, di una teoria di riferimento per la valutazione e rilevamento dei bisogni, l'utilizzo di un linguaggio comune. Inoltre un grosso punto di riferimento per l'infermiere è da individuare all'interno dell'ambiente familiare, il cosiddetto "care giver" che spesso è il paziente stesso. Visto poi l'aumento dei pazienti con patologia oncologica in fase terminale, manca, a mio parere, un supporto psicologico per l'operatore sanitario che è impegnato nell'accompagnamento del paziente nell'ultimo atto del vivere.

### **Come è impostata e gestita la relazione con il paziente e la sua famiglia?**

Prima di tutto si deve entrare in casa del paziente con delicatezza, il rispetto della privacy e la discrezione

sono i presupposti per instaurare un rapporto basato sulla fiducia. Porsi in ascolto, cercando di capire quale clima familiare c'è attorno al paziente, quali risorse e quanta collaborazione si può ottenere resistendo al tentativo di giudicare. Una volta creato un canale di comunicazione l'infermiere, con le sue capacità personali, deve saper mettere in luce i valori umani e le abilità psicologiche dei familiari così da favorire "l'alleanza terapeutica" tra paziente e familiari.

### **Come e quanto incide e/o condiziona il paziente nelle proprie decisioni la presenza dell'infermiere a domicilio?**

Più che mai in A.D.I. si cerca di rispettare la centralità dell'individuo, il fatto stesso di favorire la cura e l'assistenza nel suo ambiente sociale e familiare gli dà la possibilità di riappropriarsi dei propri valori e decidere cosa è meglio per sé. L'infermiere nel processo decisionale ha un duplice ruolo: da un lato deve guidare il paziente nel processo decisionale con le informazioni, il supporto, la motivazione e dall'altro deve effettuare una valutazione continua dei bisogni per facilitarlo.

### **Qual è la tipologia di paziente che si incontra più frequentemente?**

Sicuramente il paziente anziano allettato o con deficit di deambulazione, spesso con piaghe da decubito o vere e proprie sindromi da allettamento, alcuni casi di anziani affetti da demenza. Ma incontriamo sempre più frequentemente pazienti anziani e meno anziani con patologie tumorali in fase terminale. Inoltre abbiamo garantito la continuità terapeutica di alcuni pazienti inseriti in un programma OPAT (antibiotico terapia EV) in collaborazione con un reparto ospedaliero.

### **Quali le patologie e i bisogni più rilevati?**

Come già accennato le patologie sono legate all'allettamento, prevenzione e cura delle piaghe da decubito; alterazioni della diuresi, dell'alvo e dell'alimentazione, diabete, tumori in fase avanzata, esiti di interventi chirurgici con gestione di protesi e/o drenaggi, esiti di patologie neurologiche degenerative. I bisogni che l'équipe rileva non sempre sono anche quelli che il paziente e la famiglia esprimono. Il bisogno che più spesso si rileva è di tipo organizzativo per la famiglia, di educazione sanitaria, di fornitura di materiale, di consulenza, di sostegno psicologico. Mentre da parte del paziente molto frequentemente la figura dell'infermiere viene confusa, esigendo accessi sempre più frequenti e magari la consegna totale della cura e dell'assistenza all'infermiere.

### **Riuscite a rispondere a tutti i bisogni espressi dal paziente e/o dalla famiglia dello stesso?**

Partendo dal fatto che un infermiere da solo a domicilio e con a disposizione solo alcuni strumenti ha la possibilità di portare un grosso contributo, non si possono ignorare però anche i limiti che questa situazione comporta. Ciò che da solo non può fare viene sottoposto all'attenzione dell'équipe e quando il Distretto, con le sue risorse, non è in grado di rispondere, è a disposizione l'Ospedale con i suoi vari servizi. Ci sono poi delle richieste espresse che non sono di competenza sanitaria o propriamente infermieristica e per questo c'è appunto l'integrazione sociale (il Comune). Alcuni bisogni, poi, potrebbero essere più facilmente soddisfatti attivando quelle risorse umane che la comunità ed il territorio esprime spontaneamente quali ad esempio le associazioni di volontariato, risorsa ancora sottovalutata.

### **Come si posiziona la figura del disease manager rispetto al ruolo dell'Infermiere in A.D.I.?**

Nell'intera organizzazione dell'A.D.I. il disease manager, rappresentato dal Medico di Medicina Generale, è un punto di riferimento molto importante sia per il paziente sia per l'équipe. E' lui il responsabile dell'intero processo di cura. E' a lui che l'infermiere deve rispondere del suo operato ed è in lui che trova il sostegno e la collaborazione necessari per affrontare alcune situazioni in cui non è possibile agire in autonomia. Il rapporto di fiducia che si riesce (quasi sempre e quasi con tutti i medici) ad instaurare è, ancora una volta, la base per comunicare e operare in armonia con risultati e benefici per il paziente, ma anche con tanta soddisfazione.

### **Che cosa c'è di "speciale" in questo modo di essere infermiere?**

Come già detto sul territorio è molto importante “saper fare”, per dare risposte adeguate, per sentirsi sicuri e lavorare con professionalità, ma quel famoso “saper essere”, del quale si è sentito e cercato di imparare nei banchi di scuola, deve trovare il massimo impegno nell’esercizio professionale a domicilio. Quel modo particolare di piacere, di farsi accettare, di farsi ascoltare, di vedere riconosciuta una certa autorevolezza (cosa che in ambiente ospedaliero spesso non avviene), l’autonomia, la professionalità e la competenza assistenziale che ognuno di noi conquista “nel campo” sono gli aspetti più gratificanti della professione infermieristica. Ciò che ti rende speciale in questo modo di essere infermiere è proprio l’arricchimento personale che deriva da una relazione particolare che si instaura con l’utente e il clima di collaborazione e rispetto reciproco vigente con le altre figure professionali.

## **RIFERIMENTI LEGISLATIVI**

- Legge 833 del 1978 il Distretto, per la vicinanza all’utente, è destinato al coordinamento dell’assistenza sanitaria al cittadino;
- Decreto Legislativo n. 502 del 1992 afferma l’importanza di far diventare il Distretto il primo punto di riferimento territoriale per l’assistenza sanitaria di base (promozione della salute, mediante attività di educazione sanitaria, medicina preventiva individuale, diagnosi, cura e riabilitazione di primo livello e di pronto intervento); assistenza territoriale domiciliare (trattamento individuale a pazienti non deambulanti e anziani)
- Decreto Legislativo n. 229 del 1999 conferma la definizione del Distretto quale sede d’accesso ai servizi sanitari e socio-sanitari per le cure domiciliari, le prestazioni specialistiche, l’assistenza integrativa e protesica in un quadro di continuità assistenziale (funzioni tipiche del Distretto e anche quelle proprie dei presidi ospedalieri). Le prestazioni socio-sanitarie sono tutte le attività atte a soddisfare bisogni complessi delle persone che richiedono sia azioni di tutela della salute, sia azioni di protezione sociale per migliorare il situazione familiare e relazionale (assistenza agli anziani, agli affetti da patologie da HIV e oncologiche, ai portatori di handicap).
- Piani Sanitari Nazionali (1994/1996 e 1998/2000) hanno poi indirizzato la programmazione e stabilito i Progetti Obiettivo.
- Piani Sanitari Regionali hanno lo scopo di contestualizzare gli indirizzi programmatici nazionali e dare attuazione ai Progetti Obiettivo fissati nei PSN. La Legislazione Regionale, a causa di ritardi e di incompletezza, ha contribuito a tardare il processo di riorganizzazione.

**Nel prossimo numero l’intervista all’infermiere di rianimazione.**

# I processi sociali: la base di una buona organizzazione

*di Gianmaria Fanchin*

Diversi mali affliggono le organizzazioni di enormi dimensioni e complessità come appunto quella di una struttura sanitaria.

Per riuscire a fare ordine nella molteplicità di problemi che quotidianamente si presentano in un grande ospedale come quello di Vicenza (ma l'esempio è applicabile in qualsiasi altra struttura sanitaria della provincia, della regione o dello stato), diventa interessante utilizzare un modello di riferimento che permetta di "leggere" e capire l'organizzazione, per poter, quindi, individuare che cosa non va. Questo modello di riferimento ci offre la possibilità di scomporre l'organizzazione in tante piccole parti consentendoci così di raccogliere dati e trasformarli in informazioni che ci permettono di capire, "forse", quali potrebbero essere le cause alla base di tale situazione e quindi, conseguentemente, poter intervenire in maniera mirata, pertinente, allo scopo di dare la giusta soluzione al problema.

Scomporre e analizzare un'organizzazione di grandi dimensioni richiede tempo, tuttavia l'intenzione personale è di focalizzare l'attenzione su uno degli elementi portanti di un sistema organizzato: i processi sociali, ossia quei rapporti di relazione, i comportamenti e le dinamiche interpersonali messe in atto dai componenti di un'organizzazione sanitaria, cioè da noi stessi.

Il modello a cui mi riferisco è quello dell'analisi sistemica, modalità che consente di scomporre un'organizzazione in tre grandi parti: i fattori in entrata, il sistema organizzativo (la macchina operativa) e i beni /servizi in uscita, prodotti dalla nostra organizzazione.

Sappiamo, come agenzia che produce salute che gli input a cui ci riferiamo sono i bisogni espressi di salute dal cittadino, mentre i risultati attesi sono le risposte che sono state date al fine di eliminare o ridurre le necessità dal cittadino, attraverso l'educazione sanitaria, la prevenzione, la diagnosi, la terapia, la cura e la riabilitazione ecc.

Ma in quale modo un'organizzazione realizza tutto questo?

Il sistema organizzativo dell'ULS (la macchina operativa) per trasformare i bisogni in beni/servizi si avvale di tre elementi:

- La Struttura di base
- I Meccanismi operativi
- I Processi sociali

**La struttura di base** individua: gli operatori con le loro specifiche funzioni (chi fa - che cosa), com'è distribuito il potere (la gerarchia), gli spazi strutturali, le risorse economiche e tecnologiche. Elementi essenziali senza dei quali non sarebbe possibile realizzare nulla.

**I meccanismi operativi:** esplicitano come, in che modo l'organizzazione lavora, il metodo ufficiale di lavoro, quali criteri ha adottato per la valutazione e controllo sulle persone e sulle prestazioni, gli strumenti operativi di cui si è dotata (protocolli - procedure), e il sistema informativo adottato per la raccolta e trasmissione delle informazioni.

**I processi sociali:** i comportamenti manifestati dagli operatori che compongono l'organizzazione sanitaria. Comportamenti che possono essere di accettazione, di compensazione o di rifiuto.

I primi due elementi sono aspetti impersonali dell'impianto organizzativo, questi aspetti predeterminano notevolmente, in qualità di vincoli e opportunità, la logica del funzionamento organizzativo.

Diversamente i processi sociali individuano i comportamenti personali, interpersonali e collettivi che gli individui appartenenti a una determinata organizzazione realizzano, mettono in atto rispetto ad essa.

I processi sociali di **accettazione** sono quei comportamenti che dimostrano il consenso degli appartenenti a una determinata organizzazione rispetto a tutte o alcune prescrizioni della struttura di base o dei meccanismi operativi esistenti o dei processi sociali e culturali attesi.

La letteratura suggerisce che diffusi comportamenti di accettazione (ma questo è ovvio) segnalano che le persone si identificano con gli elementi e i processi che costituiscono l'organizzazione.

I processi sociali di **rifiuto** sono i comportamenti sociali e individuali che dimostrano il dissenso degli appartenenti a un'organizzazione. Le cause di completo dissenso sono molteplici ma prima di giungere a questa grave situazione vengono messi in atto processi sociali di compensazione, comportamenti che in assenza di indicazioni, costituiscono una sorta di supplenza organizzativa tesa a raggiungere intuitivamente gli scopi presunti dell'organizzazione stessa.

Se questo meccanismo scatta ti tanto in tanto non può che essere positivo, ma al contrario se la nostra organizzazione presenta molti processi di compensazione perde la consapevolezza di se stessa e affida buona parte del proprio andamento al "buono o cattivo senso" dei propri membri.

Il fatto chiaro è che i processi di compensazione sono il sintomo di carenze di progetto ed è sufficiente che gli stessi individui decidano di non esercitare alcun comportamento di tale tipo che vengono messe drammaticamente in luce la povertà e le incongruenze dell'impianto organizzativo lasciando confusione, volontarismi scomposti o suborganizzazioni parassitarie e pericolose.

Nessuna organizzazione che vanta tale nome può permettersi che questo accada, anzi proprio perché conosce il fenomeno deve prevenirlo. Un vero dirigente (così vengono definiti i responsabili di unità operativa) per raggiungere gli scopi che la propria organizzazione si è data, ha il dovere di investire sulla risorsa più preziosa e in questo momento più rara: gli infermieri.

Proprio perché così rara nessuno può permettere di sprecare tale risorsa, utilizzando il personale infermieristico impropriamente, da semplice esecutore, senza considerare le esigenze che questa categoria esprime, senza la volontà di accogliere suggerimenti di cambiamento nell'ottica del raggiungimento di risultati, con la conseguente gratificazione del personale.

Tale considerazione che può sembrare ovvia, tuttavia non trova un positivo accoglimento e il buon senso viene soffocato da un irrigidimento di posizioni tra le diverse classi professionali che compongono l'organizzazione stessa.

Se vi è una posizione da assumere questa deve essere orientata alla cooperazione ed integrazione delle diverse figure professionali che perseguono più obiettivi ma che afferiscono ad un comune progetto.

La grande generosità e disponibilità realizzata dagli infermieri, se non trova il giusto coinvolgimento progettuale, rischia di esaurirsi, (accentuata tuttavia dal grave fenomeno dell'emergenza) lasciando, come conseguenza, spazio a processi sociali di rifiuto, di allontanamento emotivo con la perdita del valore che porta in sé la professione nel momento in cui ne assume la funzione.

Vi è la necessità di un cambiamento che deve ricadere su tutte le figure professionali, le quali, perseguendo lo stesso fine (mission) adottino modalità organizzative e processi di lavoro che consentano effettivamente di lavorare in modo efficiente ed efficace con l'utilizzo appropriato delle risorse disponibili, senza pericolosi sprechi che non ci possiamo più permettere.

Ma al contrario, se lasciamo tutto così, arroccati ognuno nel potere acquisito (talvolta presunto) nel tempo, la situazione non può che cambiare in senso negativo e non saremmo più in grado di raggiungere un servizio alla salute di qualità, tanto richiesta dal cittadino.

La conseguenza che mancando di un progetto comune a cui riferirsi, il tutto apparirà scomposto, assurdo, spersonalizzato, lontano dal rispondere ai veri obiettivi che una organizzazione sanitaria deve avere: lavorare per soddisfare i bisogni di salute del paziente.

Tutti siamo coinvolti a dare il proprio contributo durante l'attività professionale, assumendo il ruolo istituzionale a cui siamo chiamati. Non dobbiamo mai venir meno dei nostri doveri per cause organizzative, ma pretendiamo che ogni dirigente durante l'esercizio della propria funzione, non sia solo attento al budget, al DRG, alla produttività (aspetti tuttavia importanti) ma anche ai processi sociali, perchè ogni componente di un'organizzazione senta il valore che il proprio contributo professionale, magari piccolo, può dare.

Il contributo di ognuno permette al dirigente, come fosse un direttore d'orchestra, di integrare quel singolo suono e farlo diventare, assieme agli altri, melodia, e raggiungere qualcosa che è molto di più della somma delle singole competenze realizzate da ognuno di noi.

La mancata consapevolezza di questo aspetto non può che portare al fallimento di ogni progetto di innovazione, ma il dirigente, proprio per la funzione che ricopre, ha il dovere di lavorare affinché cooperazione e integrazione diventino il motto (vincente) dell'organizzazione, dove i processi sociali che ivi si realizzano siano per la maggior parte di accettazione: il sintomo di "salute" di un'organizzazione di successo.