

INFERMIER

notizie dal collegio

 COLLEGIO PROVINCIALE DI
VICENZA
Anno XVI Numero 1

**INFERMIERI
E CITTADINI:
UN NUOVO PATTO
PER L'ASSISTENZA**

Roma 5-6-7 marzo 2015



**XVII CONGRESSO
FEDERAZIONE
NAZIONALE
COLLEGI**

 **IPASVI**
Federazione Nazionale Collegi Infermieri

Editoriale

#iostocoicittadini:
l'epopea infinita
delle competenze
specialistiche...

Assemblea

Il 27 febbraio 2015 si
è svolta l'assemblea
annuale degli iscritti
IPASVI del Collegio
di Vicenza.

Approfondimento

Infermieri cittadini:
un nuovo patto per
l'assistenza.

Approfondimento

Il coordinatore
indispensabile per
l'organizzazione
invisibile per il
sistema

News

La situazione
delle infezioni
ospedaliere oggi
in Italia

norme editoriali

Infermieri Informati pubblica aggiornamenti, comunicazioni brevi, note di attualità, rassegne il cui contenuto sia di chiaro interesse professionale-scientifico infermieristico. Verranno presi in considerazione solo lavori originali (non pubblicati in precedenza) e che non verranno successivamente pubblicati altrove. La responsabilità del contenuto scientifico è esclusivamente degli Autori. La pubblicazione del materiale è subordinata al giudizio insindacabile della Redazione, la quale si riserva la facoltà di apporre piccole modifiche nel contenuto e/o nella forma.

Note tecniche: il materiale dovrà pervenire in formato elettronico

(Word o Rtf) via e-mail con oggetto "Proposta di pubblicazione" all'indirizzovicenzaipasvi@vicenzaipasvi.it o su CD, completo di eventuali tabelle, immagini allegate (segnare nel testo, tra parentesi quadre e in grassetto, il punto di inserzione di ogni allegato). I lavori originali vanno scritti con interlinea 1,5, su una sola facciata, con pagine numerate progressivamente.

Nella prima pagina saranno indicati: il titolo, il nome (per esteso), il cognome degli autori, qualifiche professionali ed Ente di appartenenza. Sempre nella prima pagina dovrà comparire il recapito dell'autore (preferibile l'indirizzo di posta elettronica).

In particolare per la sezione "Approfondimenti" è consigliabile la presenza di un riassunto in italiano e preferibilmente anche in inglese con relative parole chiave. Eventuali ringraziamenti saranno posti alla fine dell'articolo prima della bibliografia. Le tabelle andranno citate in estenso nel testo e con numeri arabi (ad es. tabella 1, figura 1, tutto minuscolo). Se si usano parole straniere è bene ricordare che non si declina mai (ad es. caregiver e non caregivers).

La Bibliografia, secondo Vancouver Style, va inserita nell'ultima pagina e va numerata nell'ordine con cui le singole voci vengono citate nel testo.

I richiami, nell'articolo, vanno in numerazione araba.

Per le riviste: Autori (cognome e iniziale del nome). Titolo dell'articolo. Titolo della rivista; anno e dopo il punto e virgola (;) il volume. A seguito due punti (:) pagine. Non è obbligatorio indicare il numero del fascicolo.

Ad esempio:

Storti M, Dal Santo P, Zanolin ME. A comparison study between two pain assessment scales for hospitalized and cognitively impaired patients with advanced dementia. Prof Inferm 2008; 61: 210-5.
Per i libri: Autori (cognome e iniziale del nome). Titolo. Editore, città di edizione e anno di edizione.

EDITORIALE

ASSEMBLEA ISCRITTI

APPROFONDIMENTO

FORMAZIONE

RASSEGNA STAMPA

ISSN 1721-2456
Quadrimestrale,
Anno XVI Numero 1

Direttore responsabile
Arianna Saugo

Redazione
Dal Degan Sonia,
Pegoraro Federico
c/o Collegio IPASVI di Vicenza

Responsabile editoriale
Collegio IPASVI di Vicenza
Viale Trieste 29/c - 36100 Vicenza
Tel. 0444 303313 Fax. 0444514311
e-mail vicenzaipasvi@vicenzaipasvi.it

Progetto grafico
Net evolution Srl
www.net-evolution.com

Diritti
Tutti i diritti sono riservati.
È vietata la riproduzione,
anche parziale, senza
l'autorizzazione dell'editore.

Foto:
Archivio Ipasvi Vicenza



Editoriale	4
Assemblea annuale degli iscritti IPASVI del Collegio di Vicenza	5
ROMA 5 MARZO 2015: relazione di Annalisa Silvestro	7
XVII Congresso Federazione Nazionale collegi IPASVI: "Infermieri e cittadini: un nuovo patto per l'assistenza"	8
Il coordinatore: indispensabile per l'organizzazione, invisibile per il sistema	11
Situazione delle infezioni ospedaliere oggi in Italia	12
L'infermiere e la prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza	14
L'inserimento dell'OSS con formazione complementare e implementazione di un modello organizzativo ad alta integrazione multiprofessionale	16
Rassegna stampa	18

#iostocoicittadini: l'epopea infinita delle competenze specialistiche...

Carissima/o collega,

è storia di pochi giorni precedenti la pubblicazione di questo nuovo numero di Infermieri Informati una notizia, assolutamente positiva, che ha visto coagularsi tutto il fronte di rappresentanza delle professioni sanitarie nel sostenere con forza l'attuazione di quanto disposto dal comma 566 del patto di stabilità 2015 circa le competenze specialistiche dei professionisti sanitari che, per chi non lo sapesse ancora, recita testualmente:

"Ferme restando le competenze dei laureati in medicina e chirurgia in materia di atti complessi e specialistici di prevenzione, diagnosi, cura e terapia, con accordo tra Governo e Regioni, previa concertazione con le rappresentanze scientifiche, professionali e sindacali dei profili sanitari interessati, sono definiti i ruoli, le competenze, le relazioni professionali e le responsabilità individuali e di équipe su compiti, funzioni e obiettivi delle professioni sanitarie infermieristiche, ostetrica, tecniche della riabilitazione e della prevenzione, anche attraverso percorsi formativi complementari. Dall'attuazione del presente comma non devono derivare nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica".

Infatti, a seguito di un recente incontro interlocutorio con il Ministro della Salute Lorenzin, le rappresentanze professionali (FNC IPASVI, FNC TSRM, FNC Ostetriche, CoNAPS - Associazioni Professionali non ordinate) e quelle sindacali (NURSIND, FP-CGIL, CISL-FP, UIL-FPL, FIALS, FSI, NURSING UP) hanno ribadito con forza in una nota congiunta che:

"L'accordo sull'implementazione delle competenze deve andare avanti senza modifiche. Il governo non può bloccare l'innovazione in sanità; dopo anni di discussioni è il momento di dare attuazione all'accordo e di far ripartire l'innovazione nel sistema di salute. Il governo deve smetterla di tergiversare. O dobbiamo pensare che sia sensibile ai richiami delle lobby degli interessi e della disorganizzazione?"

Si continua a parlare di presa in carico della persona assistita, di rilancio dei servizi alla salute, di miglioramento del sistema sanitario ma quando si tratta di passare ai fatti, con

strumenti efficaci e innovativi come l'accordo sull'implementazione delle competenze, il governo continua a prendere tempo. E a proporre modifiche inaccettabili. Noi vogliamo liberare il potenziale inespresso delle professioni sanitarie, aprire la strada alla sperimentazione negli ospedali e nelle aziende, promuovere una riorganizzazione vera del lavoro e dei percorsi di cura. Rendere concreto, cioè quel modello di responsabilità-autonomia che può assicurare al sistema di salute il miglioramento delle prestazioni, la sostenibilità economica e gli strumenti per essere al passo con i nuovi bisogni delle persone. Ecco perché chiediamo che si dia immediata attuazione all'accordo.

Ci auguriamo che l'ennesima pausa di riflessione porti consiglio. Ma in assenza di risposte concrete e convincenti siamo pronti ad una grande mobilitazione a fianco degli operatori e dei cittadini in difesa del Ssn".

Alcune osservazioni conseguenti:

- parliamo ormai di competenze specialistiche e avanzate fin dal 1994, dove il Profilo Professionale già prevedeva questa possibilità di sviluppo per l'infermiere; negli anni successivi si sono avvicinate numerose proposte per l'effettiva applicazione e tutte hanno sempre trovato ostacoli;

- il comma 566, ultimo provvedimento in ordine di tempo, ha fatto sollevare l'indignazione della classe medica, con il paventato pericolo per la sicurezza dei pazienti nel caso venisse meno la centralità del ruolo medico con il trasferimento di alcune competenze ad altri professionisti (che tuttavia noi infermieri applicheremo nella pratica professionale solo per i nostri fini professionali, in relazione al miglioramento dell'assistenza infermieristica); l'insistenza nel volerlo modificare, la riesumazione dell'intoccabilità "dell'atto medico" fa ben sospettare tutele lobbistiche più che tutele degli interessi dei pazienti;

- in vent'anni sono cambiati i bisogni dei cittadini; se si vuole garantirne un'appropriatezza, efficace, efficiente e sostenibile soddisfazione deve necessariamente cambiare l'azione professionale dei professionisti sanitari TUTTI, ben consapevoli dell'importanza e dell'utilità reciproca

del lavorare insieme: gli infermieri sono certamente pronti a questo, lo sono già da tempo.

Appare evidente l'influenza e la forza che può generare la sempre auspicata ampia condivisione di tutti gli attori del sistema delle professioni (istituzionale e sindacale) nel sostenere obiettivi comuni. Lo scorso 4 luglio il Comitato Centrale della FNC IPASVI ha presentato al Consiglio Nazionale dei Presidenti IPASVI (curiosamente era in atto, in altra sede, un Consiglio nazionale della FNOMCeO, dove i Presidenti degli Ordini dei Medici discutevano sul tema delle competenze delle professioni sanitarie) un documento di proposta di applicazione delle competenze distinguendole in "specialistiche", "perfezionate" ed "esperte", elaborato da un gruppo di lavoro costituito da esperti nell'area della formazione universitaria e nell'area dell'organizzazione.

Si prevede lo sviluppo lungo due assi su cui designare la professionalità: quello della clinica, che rappresenta la linea del governo dei processi assistenziali e quello della gestione, che rappresenta il governo dei processi organizzativi e delle risorse.

Tale proposta ha visto un'ampia discussione di confronto tra gli avventori al Consiglio Nazionale; ritengo che una realistica valutazione sulla tenuta della proposta non possa che scaturire da una sperimentazione sul campo, dove le luci ma soprattutto le eventuali ombre possano emergere ed essere portate a correttivo.

E, anche in questo frangente, non può mancare la compartecipazione ed il sostegno nelle rispettive competenze da parte degli attori sia professionali che sindacali: a tal proposito propongo un mio slogan di qualche tempo fa, che credo ben si addica:

"Insieme per vincere!!"

Per stare al fianco dei cittadini. Sempre.

#iostocoicittadini

Buona estate

a cura di
FEDERICO PEGORARO
Presidente IPASVI VICENZA



L'assemblea annuale degli iscritti IPASVI del collegio di Vicenza

Il giorno **27 febbraio 2015** alle ore 9.00, presso il Teatro S. Pietro, a Montebelluna (VI), si è svolta in seconda istanza, in ottemperanza al D.P.R. n. 221 del 5 aprile 1950, l'assemblea annuale degli iscritti IPASVI del Collegio di Vicenza. Erano presenti all'assemblea il Presidente Federico Pegoraro, la segretaria Barbara Pozza, la tesoriere Francesca Barbieri ed i consiglieri Baccarin Flavio, Barreto Leila, Gheno Oscar, Marcante Sonia, Pagiusco Gaetana, Saugo Arianna, Scarato Luca, Vezzaro Patrizia ed il revisore dei conti Massimo Menti.

È intervenuto all'assemblea il Direttore Generale dell'ULSS 5 "Ovest Vicentino" che ospitava l'evento, il quale, dopo aver salutato l'assemblea e ringraziato per l'invito, ha parlato del nuovo panorama sanitario che in questi anni si sta delineando. Con la direzione allargata, il piano assunzioni sta ponendo grosse difficoltà alla gestione delle risorse umane. Il Direttore Generale Cenci ha posto l'accento sulla difficoltà di comprendere quale sarà il futuro della Sanità Italiana e sul senso di incertezza vissuto soprattutto dalle professioni sanitarie in seguito alla crisi economica che ha portato a chiedere un ulteriore risparmio alle aziende sanitarie sulle risorse umane e quindi sul personale sanitario. Nonostante il bilancio positivo l'azienda non potrà assumere personale sanitario e quindi, se queste sono le condizioni, ciò contribuirà a favorire in maniera importante lo stress lavorativo; sarà ancora più difficile, anche alla luce di tale incertezza, comprendere i progetti futuri per il servizio sanitario nazionale e veneto.

A conclusione del saluto del DG Dott. Giuseppe Cenci, si è quindi svolto l'evento formativo diretto dal Dott. Mantovani vertente il tema delle "stress lavoro correlato". Dopo l'evento formativo che ha visto la partecipazione attiva e l'interesse di tutta la platea, il Presidente Pegoraro ha preso la parola per relazionare sugli obiettivi e progetti di attività del Collegio IPASVI di Vicenza dell'anno 2014.

Il Presidente ha ribadito all'assemblea l'importanza del momento dedicato all'assemblea annuale degli iscritti in quanto è considerata la parte attiva della vita del collegio, essa consente a ciascun iscritto di sentirsi parte integrante dell'attività del Collegio.

1- RELAZIONE DEL PRESIDENTE: PROGETTI, OBIETTIVI, ATTIVITÀ

Il Presidente ha presentato all'assemblea l'organismo costituente il collegio di Vicenza, il nuovo Consiglio Direttivo composto da un presidente, un vicepresidente, un tesoriere, un segretario e 11 consiglieri e l'organo di controllo, il Collegio dei Revisori dei Conti, composto da un presidente, due revisori e un supplente. Ha spiegato all'assemblea la realizzazione di un sondaggio per capire la possibilità lavorativa dell'infermiere pediatrico ed il senso di sostenere ancora questo percorso formativo. Le opportunità lavorative sono inferiori rispetto al ruolo di un infermiere generalista.

L'attività istituzionale nell'anno 2014 è consistita in 15 consigli direttivi, 56 deliberazioni consigliari, 15 consigli dei revisori dei conti e 2 consigli nazionali totali. Esiste anche il coordinamento regionale, organismo non previsto da normative nazionali. Il coordinamento della regione Veneto costituito da 7 presidenti dei rispettivi collegi del Veneto, ha svolto 2 incontri e dopo è decaduto ricostituendosi quest'anno.

Sono state quindi prese in esame, con l'ausilio di audiovisivi, le attività dei gruppi di progetto impegnati nelle varie aree e descritte le altre aree di attività:

LE AREE TEMATICHE

AREA "GRUPPO GESTIONE, REVISIONE E PROCEDURE DELLE ATTIVITÀ DI SEGRETERIA" che prevede la stabilizzazione del personale amministrativo in qualità di dipendente strutturato secondo quanto previsto dalla normativa vigente. In questo momento il personale di segreteria si avvale di un contratto interinale a tempo parziale; il collegio in questo percorso si sta avvalendo del supporto di un avvocato esperto in materia di pubblico impiego e diritto sanitario per la pubblicazione del Bando di concorso per titoli ed esami per la copertura di un posto di area B- posizione B1.

AREA "GRUPPO COMMISSIONE DI TESI DI LAUREA INFERMIERISTICA PER L'ESAME DI STATO ABILITANTE LA PROFESSIONE" che lavora in collaborazione attiva con l'Università sulla costruzione del test di esame finale, in quanto commissari obbligatori in commissione

abilitante degli esami finali del percorso di laurea infermieristica.

AREA INFORMAZIONE E COMUNICAZIONE

È previsto la pubblicazione di 2 numeri della rivista di Infermieri Informati, uno cartaceo e uno on line. Ci siamo avvalsi della collaborazione di un giornalista professionista per la pubblicazione di articoli, interviste e servizi televisivi sulla giornata dell'infermiere del 12 maggio su GdV, Corriere Veneto, Vicenza Today, Vicenza più, Gazzettino; ma ancora TVA e Tviweb (2 servizi con intervista), Canale 68 (1 servizio con intervista), Telechiara, Reteveneta, Televeneto, Radio Oreb, Radio Stella FM.

Il nostro sito ha avuto una revisione stilistica ed è stato tenuto continuamente aggiornato per dare una informazione costante e aggiornata agli iscritti e alla cittadinanza.

AREA FORMAZIONE CONTINUA

Il 2014 ha visto il collegio attivo con i corsi ECM avvalendosi di provider, come oggi con l'Ulss 5, poiché l'impegno richiesto per essere organizzatore di eventi non era più sostenibile da parte dei componenti il consiglio direttivo. È stata realizzata anche una collaborazione con il collegio di Rovigo per l'acquisto di 300 codici FAD che permettono l'acquisizione di 30 crediti ECM acquisibili al costo di € 10 ciascuno:

- Health literacy
- Malattia dolore
- Tutela operatore tra innovazioni tecnologiche, etiche e normative
- Lavorare in gruppo in sanità
- Assistenza sanitaria multietnica
- Risk management
- Gestione dei non autosufficienti

Sono stati realizzati 8 corsi ECM con formazione residenziale su

IL CATETERISMO VESCICALE: TRA MITO E SCIENZA
Tutto quello che non vi hanno mai detto sul catetere e le infezioni
11 OTTOBRE 2014

VICENZA Evento formativo proposto dal collegio Ipasvi di Vicenza
28 marzo 2014
 Infermieri al tempo della crisi e ricadute sulla qualità delle cure.
NON HO RAGGIUNTO I CREDITI ECM PREVISTI, IN QUALI SANZIONI INCORRO?

Riparare relazioni di cura in panne: il caso di pazienti e familiari che non collaborano
3 e 9 MAGGIO 2014

«MA SI RENDE CONTO!?!»
 RUOLO INFERMIERISTICO NELLA GESTIONE DELL'AGGRESSIVITÀ DEI PAZIENTI E DEI FAMILIARI
14 giugno 2014

IL CATETERISMO VESCICALE: TRA MITO E SCIENZA
Tutto quello che non vi hanno mai detto sul catetere e le infezioni

VENERDI 24/10/2014
 L'agire professionale dell'infermiere: implicazioni medico-legali e sistemi di protezione assicurativa
GRATUITO

AREA CULTURA, RICERCA E BIBLIOTECA

Il materiale presente nella biblioteca è disponibile a tutti gli iscritti su appuntamento.

AREA INFERMIERI NON COMUNITARI

Sono stati esaminati 5 infermieri non comunitari. Il gruppo si occupa di fornire informazioni per la preparazione agli esami di abilitazione rivolto agli infermieri non comunitari ed attestare, attraverso un esame, la conoscenza della normativa vigente italiana e della lingua. La domanda di iscrizione da parte di stranieri è sempre minore a causa della situazione economica. Il 20% degli infermieri neo-laureati si sono rivolti all'estero per trovare impiego.

AREA GIURIDICO - PROFESSIONALE

Sono pervenuti 35 quesiti di tipo giuridico-professionale che hanno comportato, per i quesiti più complessi, degli incontri con gli iscritti o la consulenza con un esperto. Gli obiettivi di questo gruppo di lavoro sono stati:

- fornire all'iscritto risposte ai quesiti legali legati sull'esercizio della professione
- fornire assistenza nei casi giudiziari;

AREA LIBERA PROFESSIONE

Ci si avvale della lunga esperienza della collega libero-professionista Elena Vanzo che funge da referente per quest'area, con la disponibilità di un contatto telefonico il mercoledì mattina e uno spazio sportello di un giorno al mese; ci sono stati circa 50 contatti telefonici e 15 consulenze.

Il presidente, conclusa la relazione sulle attività, ha quindi passato la parola alla tesoriere Francesca Barbieri per presentare il bilancio consuntivo 2014.

a cura di
BARBARA POZZA
 Infermiera Ortopedia Ambulatoriale
 Ulss 5 Ospedale di Valdagno



ROMA 5 MARZO 2015: RELAZIONE DI ANNALISA SILVESTRO

Si è tenuto a Roma, città storica e dall'ele-ganza inestimabile il XVII Congresso Nazionale degli infermieri dal titolo:

"Infermieri cittadini: un nuovo patto per l'assistenza".



La Presidente Federazione IPASVI **Annalisa Silvestro** apre la sua relazione con una riflessione:

La crisi non deve essere un freno per l'evoluzione della professione che deve evincere come forza di unione e condivisione. Varie tappe segnalano tale sviluppo professionale negli anni: l'istituzione del profilo professionale, l'abrogazione del mansionario, le lauree di primo e secondo livello, i master, i dottorati di ricerca, la dirigenza infermieristica, fino alla recente riproposizione della mai abbandonata idea delle specializzazioni e dell'infermiere specialista. E' per tale motivo che non si può trovare la parola stasi o arretramento. Lo sviluppo può andar incontro a critiche definite invasioni di campo ma l'obiettivo non è di certo tale.

Il ridisegno delle competenze è l'occasione per una riflessione sull'impostazione dei processi clinico assistenziali e su come l'utilizzo delle potenzialità delle diverse professioni, possa consentire di recuperare efficienza, appropriatezza, prossimità e continuità nella risposta sociosanitaria. E' quasi surreale, come alcuni, di fronte a tale evoluzione, propongono di voler tornare al mansionario. Il tema del Congresso richiama un nuovo

incontro un patto per l'assistenza con il cittadino /paziente n cui non vi sia solo la relazione di aiuto che tuttavia deve migliorare in continuazione, ma anche la capacità di superare criticità passate e che queste possono divenire punto di svolta. Gli infermieri progettano, sperimentano, costruiscono e ricostruiscono processi assistenziali, percorsi organizzativi e flussi formativi. Si impegnano in nuove logiche curative, educative e nella strutturazione di reti relazionali che nel loro insieme danno risposta a nuovi bisogni di cura e assistenza che scaturiscono anche dalla fragilità, dalla dipendenza, dalla cronicità, dal disagio e dalla solitudine nella malattia e nella terminalità di vita.

L'Organizzazione per la Cooperazione Economica Europea (OCSE) spinge l'Italia ad ampliare e rinnovare l'assistenza, visto che è ancora impostata prevalentemente sui servizi erogati dai medici di medicina di base in logica individuale e che destina una piccola spesa per erogare servizi alle persone fragili o in condizione di dipendenza e di importante cronicità. L'orientamento deve essere, invece, diverso; bisogna andare verso la costituzione di aggregazioni multiprofessionali, verso la creazione di reti assistenziali, verso l'assistenza nel domicilio dei cittadini, verso gli ospedali di comunità e le strutture intermedie territoriali. L'OCSE sottolinea l'importanza di investire sugli infermieri e sulle loro caratteristiche professionali. È tempo, dunque, di cambiare: non può più essere rimandata la definizione di standard inerenti l'assistenza primaria e i servizi territoriali e domiciliari. La Federazione si propone come parte attiva di tale cambiamento al fine di garantire l'omogeneità di risposta curativo assistenziale e perché sia ampliato il focus sul nuovo programma di accreditamento nazionale ai servizi di assistenza primaria e territoriale. I processi di cura si effettuano in modo sinergico: confronto di saperi, di metodi e modelli. Non si fanno appropriatamente senza mai rivedere capacità e ambiti di competenze. Sono dunque necessarie unione e lavoro di squadra. Per tale scopo devono essere eliminate gerarchie, disparità (anche economiche) privilegi organizzativi e giuridici.

E' necessario che coloro che possiedono la responsabilità "alta" della programma-

zione e della gestione delle risorse siano consapevoli che sono gli operatori a garantire il successo del sistema e che per tale ragione devono esser messi nelle condizioni di essere motivati. Anche le Regioni devono contribuire al cambiamento soprattutto di fronte alla crisi economica, non facendo della spending review solo "tagli di personale" ma considerare tale terminologia come revisione, innovazione, riorganizzazione. E' il momento di dire stop ad alcune dinamiche esistenti: riduzione di professionisti e blocco di compensi. Gli obiettivi del Patto per la salute senza un congruo numero di infermieri non potranno essere raggiunti. Uno dei temi del Patto di salute che rimane incompiuto e che interessa maggiormente ai è l'assistenza a domicilio e nel territorio.

A livello di territorio l'infermiere deve assumere anche il ruolo di educatore, già ipotizzato in passato ma sempre più necessario al fine di soddisfare i bisogni di paziente e familiari all'interno delle loro abitazioni, scenario questo che si presenta con maggior frequenza nei giorni odierni ma che prevede logiche assistenziali diverse. Al fine di espletare al meglio le proprie potenzialità assistenziali nei confronti del paziente e della collettività, l'infermiere dovrà possedere competenze e specializzazioni.

Per le competenze specialistiche il percorso è già scritto da tempo e ora deve decollare.

Il comma 566 della Legge di stabilità 2015 ha dato l'inizio al nuovo processo di cura e assistenza che deve prevedere ruoli, competenze, relazioni e responsabilità individuali e di équipe su atti, funzioni e obiettivi delle professioni sanitarie, anche attraverso percorsi formativi "complementari", ossia specialistici.

Come professionisti dobbiamo impegnarci per un cammino in cui costruire elementi di certezza professionale e, auspicabilmente, anche economica. Un cammino senza ostacoli strumentali, morali e materiali e senza inutili giochi di potere che frenano il raggiungimento degli obiettivi che si riassumono in quest' ultime parole: un'assistenza migliore, una professione migliore, un nuovo Patto per l'assistenza.

a cura di
ARIANNA SAUGO
 Infermiera presso U.O.
 Cardiologia Ambulatoriale
 Ulss 6 Ospedale di Vicenza



**INFERMIERI
E CITTADINI:
UN NUOVO PATTO
PER L'ASSISTENZA**

ROMA 5-6-7 MARZO 2015

Giorni all'inizio del congresso



**XVII Congresso Federazione Nazionale Collegi IPASVI
"INFERMIERI E CITTADINI: UN NUOVO PATTO PER L'ASSISTENZA"**

Oltre 3.000 infermieri presenti all'Auditorium Parco della Musica di Roma per il XVII Congresso della Federazione nazionale dei Collegi Ipasvi per porre l'attenzione al "Sistema salute" e al "Sistema Paese" in cui il ruolo, le competenze e le potenzialità assistenziali degli infermieri si manifestano sempre più come valore aggiunto a favore della collettività. Gli infermieri progettano, sperimentano, esperiscono, costruiscono e ricostruiscono processi assistenziali, percorsi organizzativi e flussi formativi. Si impegnano in nuove logiche curative, educative e nella strutturazione di reti relazionali che danno risposta a nuovi bisogni di cura ed assistenza che originano anche dalla fragilità, dalla dipendenza, dalla cronicità, dal disagio e dalla solitudine nella malattia e nel fine vita.

Se "... il patto è un accordo, una promessa che può costituire anche il fondamento di una relazione", allora gli Infermieri intendono impegnarsi in un nuovo patto per l'assistenza per delineare e rafforzare la loro risposta sanitaria e garantire una presenza professionale altamente efficace in cui sia sempre più trasparente, ancorché strutturalmente integrato, l'apporto di chi diagnostica e cura le patologie e di chi assiste ed accompagna la persona nei suoi percorsi curativo-assistenziali. Gli Infermieri sono una costante presenza professionale a fianco dei cittadini, basata sulla consapevolezza del proprio valore e sulla volontà di rafforzare un patto strutturato su un impegno ampio e responsabile. La domanda di assistenza infermieristica è in continua crescita.

Secondo la Ricerca Censis del 5 marzo 2015 dal titolo: "Infermieri e nuova sanità: opportunità occupazionali e di upgrading", elaborata per la Federazione dei Collegi IPASVI in occasione del XVII Congresso nazionale, sono 8.700.000 gli italiani che nel 2014 hanno usufruito di prestazioni di assistenza infermieristica erogate privatamente e hanno speso per queste, di tasca propria, 2,7 miliardi di euro. Di questi, 6.900.000 di assistiti hanno chiesto prestazioni a tantum, mentre 2.300.000 hanno avuto bisogno di prestazioni continuative. Ad aver bisogno di un'assistenza che il Servizio Sanitario Nazionale non ha garantito sul territorio sono stati il 44,4% dei non autosufficienti (1.400.000 persone), il 30,7% dei malati

cronici (2.800.000) e il 25,7% degli ultrasettantenni (2.300.000).

Secondo l'indagine, la necessità per le famiglie di contenere le spese – giudicata sottostimata dagli autori dell'indagine per una fetta consistente di prestazioni che sicuramente, per colpa della crisi economica, sono richieste in nero dai cittadini agli stessi operatori – e la propensione a figure professionali non infermieristiche alimenta il fenomeno dell'inappropriatezza delle prestazioni. Oltre 4.200.000 italiani nei dodici mesi precedenti l'intervista del Censis si sono rivolti a figure non infermieristiche (badanti, familiari, conoscenti, etc.) per avere prestazioni di tipo sanitario per varie ragioni: la fiducia nella persona cui si fa ricorso (42%), il costo eccessivo di un infermiere (33,7%), la convinzione che per alcune prestazioni in realtà l'infermiere non sia indispensabile (31,5%). La maggioranza si dichiara tutto sommato soddisfatta delle prestazioni avute, e giudica gli eventuali danni subiti "residuali".

Tra coloro a cui si è fatto ricorso, le badanti sono una figura emblematica: nelle case in cui lavorano, gestiscono le terapie farmacologiche (88,8%), fanno iniezioni (32,3%), si occupano di eventuali bendaggi e medicamenti (30,4%), intervengono in caso di esigenze sanitarie che di solito richiedono il ricorso a infermieri (20,5%) e gestiscono un catetere (6,2%). Il 51,5% delle persone che impiegano una badante ritengono che la propria badante sia capace di svolgere prestazioni infermieristiche e il 30,6% la considera in grado di intervenire in caso di emergenze sanitarie.

Il 51% degli italiani che ricorre alla badante per prestazioni sanitarie lo fa perché pagare un infermiere in modo continuativo è troppo costoso. Per il 50,9% degli italiani esistono prestazioni semplici (iniezioni o medicazioni), per cui l'infermiere non è indispensabile. Il dato è più elevato tra gli anziani (55,4%), che sono consumatori più intensi di prestazioni infermieristiche. Sono evidenti situazioni di disoccupazione e sottoccupazione di infermieri, che spesso si rivolgono per lavorare a strutture private profit con la conseguenza di ottenere remunerazioni anche molto basse, ma a tariffe tutto sommato elevate per i cittadini.

La colpa di questa situazione è anche

del blocco delle assunzioni nel pubblico, che, secondo la ricerca Censis, chiuderebbe molti sbocchi per gli infermieri. «La crisi economica ha danneggiato i cittadini ma anche diversi settori come quello infermieristico, spingendo verso un blocco del turn-over – commenta Carla Collicelli, Vice Direttore Generale del Censis – oggi il mercato è fermo, assunzioni non se ne fanno e i giovani laureati non trovano facilmente sbocchi nel pubblico.

«Dovremmo intervenire nel settore – commenta la senatrice **Annalisa Silvestro**, Presidente della Federazione IPASVI – per scongiurare quegli atteggiamenti a cui gli assistiti sono costretti per soddisfare il proprio bisogno di assistenza e per evitare che i nostri professionisti si trovino in situazioni di disagio e opacità lavorativa. D'altra parte che l'assistenza sul territorio sia carente e inevasa appare chiaro anche dai dati sull'applicazione del nuovo Patto per la salute, così come è evidente al contrario la necessità dei cittadini che questa decolli. Credo sia nostro compito intervenire. Non solo per ridare appropriatezza e continuità alle prestazioni infermieristiche, ma anche per mettere in sicurezza il cittadino nei casi in cui ricorre a persone al di fuori della professione. Potremmo coinvolgere il Parlamento per una proposta di legge che defiscalizzi le prestazioni assistenziali sanitarie se effettuate da infermieri e le Aziende sanitarie perché inseriscano e mantengano strutturalmente nel territorio infermieri educatori per informare, educare ed addestrare i familiari o i loro sostituti ad un accudimento informato, corretto e sicuro dei loro cari. In questo modo si potranno sostenere concretamente e rapidamente le tante famiglie italiane in difficoltà»

Partire dai bisogni di salute dei cittadini per rinnovare il sistema sanitario", gli obiettivi congressuali sono dettati dagli Infermieri che si presentano come professionisti costantemente presenti nel prendersi cura dei cittadini ospedalizzati ma anche a domicilio:

- **riflettere** sugli elementi costitutivi del nuovo patto di assistenza tra infermieri e cittadini
- **presentare** esperienze e sperimentazioni di eccellenza;



- **riflettere** su progetti inerenti l'intero sistema professionale e sui risultati di indagini e rilevazioni;
- **dibattere** sulle competenze e responsabilità degli infermieri per l'evoluzione dei processi curativo assistenziali e del sistema salute.

Sviluppo della figura dell'infermiere specialista e costruzione, nel rispetto reciproco dei ruoli, di un nuovo modello di cura e assistenza che integri le competenze specifiche di ogni professione sanitaria, a sostegno dei bisogni di salute dei cittadini, in un sistema sanitario dove acquista sempre maggior peso la gestione della cronicità e della fragilità.

Sono i punti salienti della mozione conclusiva del XVII Congresso nazionale della Federazione dei Collegi IPASVI, approvata per acclamazione dagli «Basta con la riduzione numerica dei professionisti e con l'ibernazione dei loro compensi – ha affermato la Presidente della Federazione IPASVI, senatrice **Annalisa Silvestro** – legata ai tagli lineari che minano alla base il livello e la qualità dell'assistenza, mettendo a rischio la salute dei cittadini. E basta anche con le accuse di invasioni di campo, che compromettono il lavoro d'équipe tra i professionisti della sanità»

Gli infermieri si impegnano a stringere un nuovo patto per l'assistenza con i cittadini, per rispondere ai bisogni di salute con competenza, professionalità e umanità e sollecitano le Istituzioni a garantire ai cittadini l'equità di accesso alle cure e all'assistenza su tutto il territorio nazionale, a erogare servizi orientati alla centralità e qualità di vita dei cittadini e a monitorare la qualità delle prestazioni. E chiedono la valorizzazione del loro percorso accademico, affinché la formazione sia sempre più coerente con le funzioni e i ruoli gestionali e assistenziali che l'infermiere assume in ospedale, a domicilio, sul

territorio per garantire la presa in carico, la continuità assistenziale, l'informazione e l'educazione sanitaria

Secondo il Sottosegretario al ministero della Salute **Vito De Filippo** «il dibattito sulle nuove competenze infermieristiche è antico e con sedimentazioni troppo vecchie e va risolto definitivamente. È evidente che le competenze si sono già implementate nella pratica e consolidate anche nel percorso formativo sancito dagli ordinamenti. Sul territorio ci sono buone pratiche che hanno consentito, con un appassionato lavoro che non ha guardato con il centimetro alle competenze tra medici, infermieri, pediatri, specialisti e ospedale, di ottenere ottimi risultati finalizzati a rendere un miglior servizio ai cittadini».



Per **Sergio Chiamparino**, presidente della Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome e della Regione Piemonte, «l'impegno quotidiano degli infermieri è centrale per il buon funzionamento del Servizio Sanitario Nazionale, classificato dall'OMS come uno dei migliori al mondo a livello qualitativo e in termini di sostenibilità delle risorse. Sono coscienti dello stress quotidiano con cui convivono gli infermieri, dovuto soprattutto al fatto che i bisogni di salute mutano rapidamente. Siamo quindi tutti profondamente im-

pegnati – e molte Regioni lo stanno già facendo o lo hanno già fatto – ad aprire nuovi spazi di lavoro e di occupazione che consentano a tanti giovani qualificati di inserirsi nella professione»

«È fondamentale costruire un nuovo equilibrio tra territorio e ospedale, evitando di deprimere quest'ultimo. Serve – ha detto **Maria Grazia De Biasi**, Presidente della XII Commissione Igiene e Sanità del Senato – una maggiore collaborazione tra le Regioni. Il tema del personale non è stato affrontato in maniera adeguata nel Patto per la salute. Per esempio la figura dell'infermiere non viene purtroppo considerata in termini di professionalità. Ci possono certamente essere le specializzazioni, ma l'infermiere va inteso come un professionista a tutto tondo. Bisogna costruire un'innovazione di processo valorizzando le professionalità secondo l'evoluzione del SSN».

«Quella odierna – ha affermato il presidente della Federazione degli Ordini dei farmacisti, senatore di Forza Italia, **Andrea Mandelli** – è una fase delicata per i professionisti, ma infermieri e farmacisti sono gratificati da una sfida comune: avere il cittadino come riferimento costante e come terminale della propria attività. Abbiamo infatti portato avanti numerose battaglie assieme. La gente lo percepisce e ammira il nostro lavoro, ritenendo le professioni un valore aggiunto del sistema. Troveremo un punto di equilibrio rispetto al comma 566 della Legge di stabilità e che riusciremo ad affrontare efficacemente il problema, mettendo da parte gli individualismi».

Per **Federico Gelli**, medico, Direttore sanitario e Responsabile sanità del PD, «il sistema può superare la fase difficile se abbiamo una visione d'intento comune attraverso una capacità d'integrazione tra le molte professioni, senza confusione di ruoli come oggi spesso, purtroppo, accade in alcune Regioni e univoca e condivisa. Non è attraverso una pseudo-competizione o un atavico atteggiamento del passato che si può pensare di guardare al futuro. Dovremo garantire un ruolo importante agli infermieri per il compito che svolgono. Il comma 566 ci aiuta e noi faremo del nostro meglio con gli altri parlamentari e con il Governo».

«È necessario investire in questi professionisti – ha affermato **Francesco Bevere**, Direttore dell'Agenas, Agenzia nazionale per i servizi sanitari – per valorizzare il ruolo attraverso interventi formativi specifici, riconoscendo che sono il focus principale delle organizzazioni e che il miglioramento duraturo della salute ha bisogno di investimenti sistematici sulla formazione. Il progetto voluto dal Ministro Lorenzin e Agenas in collaborazione con la Federazione, ha l'obiettivo di promuovere la formazione degli infermieri con metodologie didattiche innovative, anche per consolidare i principi e i valori etici che devono guidare il professionista sanitario».

«Un buon sistema non deve essere centrato sui professionisti ma sul paziente, il rapporto medici infermieri deve cambiare, non deve prevalere il sistema biomedico e la conoscenza infermieristica deve essere specialistica, oltre che di base» afferma il Professor **Edoardo Manzoni**.

Secondo l'indagine **Eures** del 6 marzo 2015, presentata al Congresso nazionale



Ipasvi in svolgimento a Roma, nove medici su dieci sono soddisfatti del loro rapporto con le professioni sanitarie. E il 94,2% - anche di più quindi - lo è nei confronti proprio degli infermieri.

È questo il risultato di un'indagine - presentata oggi al Congresso nazionale Ipasvi in svolgimento a Roma - condotta nel 2014 da Eures, Istituto di Ricerche Economiche e Sociali, che ha analizzato 212 strutture sul territorio nazionale per un totale di 380 reparti coinvolti.

Otto medici intervistati su 10 (il 79,3%) sono favorevoli all'introduzione dell'infermiere specialista, per il quale è già pronto un accordo Stato-Regioni: in particolare il 25,6% dei medici si dice "del tutto favorevole" e il 53,7% "abbastanza favorevole", mentre il 20,7% è contrario (il 16,1% "piuttosto" e il 4,6% "del tutto"). In realtà solo l'11,9% di tutti i medici intervistati (la metà circa dei contrari quindi) medici è contrario perché ritiene che la figura genererebbe sovrapposizione e confusione dei ruoli.

Oltre i due terzi dei medici sono convinti che la presenza dell'infermiere specialista sarà "molto" o "abbastanza utile ed efficace" in tutte le aree mediche in cui sarà impegnato.

A "volerli" nel proprio reparto sono soprattutto quelli di medicina generale (75,5%) e di neonatologia/pediatria (74,3%), seguiti dai medici impegnati nell'area intensiva e dell'emergenza/urgenza e da quelli della salute mentale e dipendenze (66,7% in entrambi i casi). Una valutazione positiva di utilità/efficacia c'è anche tra i chirurghi (63,5%) e i medici dell'area delle cure pri-

marie e servizi territoriali (55%), tra i quali tuttavia gli "scettici" sono il 45 per cento.

La collaborazione tra le diverse figure sanitarie sembra inoltre costituire quasi un imperativo nella gestione delle Unità operative visto che oltre 7 dirigenti su 10 la "promuovono" o la "impongono". E sono i dirigenti delle strutture private (accreditate/convenzionate) a sostenerla di più (86,4% dei casi) rispetto a quelli della strutture pubbliche (71,2%), dove invece, più frequentemente, i dirigenti tendono a non occuparsene (24,1% dei casi contro il 13,1% delle strutture accreditate/convenzionate).

La cooperazione tra le diverse figure sanitarie ha il suo obiettivo primario nella tutela del paziente e della sua salute e investe trasversalmente i diversi processi di presa in carico, di cura e di gestione complessiva dei pazienti. Proprio nelle decisioni relative a questo ambito 8 medici intervistati su 10 (il 79,9%) affermano di aver ricevuto aiuto da un infermiere. Di poco inferiori sono le percentuali per le decisioni sulla gestione delle degenze, mentre una maggiore diversificazione c'è per quanto riguarda le decisioni terapeutiche: in questo caso è elevato l'aiuto tra colleghi medici (82,2% dei casi), ma c'è anche quello degli infermieri che aiutano nel 41,2% dei casi il medico in un ambito "teoricamente" di sua esclusiva competenza.

"La ricerca - sottolinea Annalisa Silvestro, senatrice e presidente della Federazione Ipasvi - dimostra che c'è bisogno di professionalità sempre maggiori e soprattutto

tutto di una forte collaborazione trasversale per aiutare davvero il cittadino e ottimizzare i servizi. Si devono abbandonare quindi le trincee ideologiche e nessuna famiglia professionale deve arrendersi a essere quella di tanti anni fa e nessuna deve prevalere su nessun'altra. La parola magica, la chiave del futuro, è fare rete e collaborare. Ognuno con le proprie competenze che devono e possono, la ricerca lo sottolinea, crescere e cambiare perché l'evoluzione dell'assistenza lo richiede"

MOZIONE FINALE

Gli infermieri, riuniti a Roma dal 5 al 7 marzo 2015 per il XVII Congresso Nazionale della Federazione dei Collegi IPASVI, orgogliosi del percorso professionale svolto nei 60 anni della loro storia, e consapevoli del loro ruolo nel sistema salute del Paese a favore della collettività, convinti che è giunto per il nostro Paese il tempo delle scelte, confermano di sentirsi protagonisti del loro futuro e di voler assumere un ruolo più forte e di solida presenza dove si discute, si dibatte e si decide per l'organizzazione della sanità, per la formazione, per il lavoro e per l'assistenza ai cittadini. Tenuto conto della necessità di un significativo e profondo cambiamento del paradigma curativo assistenziale in un sistema salute dove acquista sempre maggior peso la gestione della cronicità e della fragilità, considerata la necessità di rendere sostenibile il sistema, nella consapevolezza che la salute dei cittadini rappresenta il bene primario per il futuro del nostro Paese,

DICONO:

- basta con la riduzione numerica dei professionisti infermieri,
- basta con l'ibernazione dei loro compensi,
- basta con i tagli lineari che minano alla base il livello e la qualità dell'assistenza, mettendo a rischio la salute dei cittadini,
- basta con le accuse di invasione di campo, che compromettono il lavoro d'équipe tra i professionisti della sanità.

SI IMPEGNANO:

- a stringere un nuovo patto per l'assistenza con i cittadini, per rispondere ai bisogni di salute con competenza, professionalità e umanità,
- a rinnovare il loro impegno per il sistema salute, sollecitando le Istituzioni a garantire ai cittadini l'equità di accesso alle cure e all'assistenza su tutto il territorio nazionale, a erogare servizi orientati alla centralità e qualità di vita dei cittadini e a monitorare la qualità delle prestazioni,
- a costruire, nel rispetto reciproco dei ruoli, un nuovo modello di cura e assistenza che integri le competenze specifiche di ogni professione sanitaria,
- a dare corso a quanto scaturito dal dibattito congressuale.

CHIEDONO:

- la valorizzazione delle funzioni, dei ruoli e delle competenze dei professionisti infermieri, • lo sviluppo del ruolo dell'infermiere specialista nelle organizzazioni sanitarie,
- il riconoscimento per gli infermieri delle funzioni specialistiche, manageriali, di direzione e di coordinamento,
- la coerenza della formazione accademica con le funzioni e i ruoli gestionali e assistenziali che l'infermiere deve assumere per dare una migliore assistenza in ospedale, a domicilio, sul territorio e per garantire la presa in carico, la continuità assistenziale, l'informazione e l'educazione sanitaria
- l'ampliamento, in ambito accademico, del numero di infermieri ricercatori e professori di prima e seconda fascia,
- il coinvolgimento sistematico degli infermieri per la definizione e la realizzazione del Patto della salute e dei Lea, coerentemente al nuovo sviluppo dell'assistenza territoriale e dell'umanizzazione del sistema,
- l'elaborazione di linee guida, standard assistenziali, criteri per la definizione del fabbisogno di infermieri, indicatori di esito e risultato sia per l'ambito ospedaliero, sia per le strutture territoriali e per l'assistenza domiciliare, in cui siano considerati e valorizzati l'impegno e la professionalità degli infermieri.

a cura di
PATRIZIA VEZZARO
Coordinatore presso il Centro Servizi alla Persona,
San Giovanni Battista, Montebello Vicentino



**IL COORDINATORE:
INDISPENSABILE PER L'ORGANIZZAZIONE, INVISIBILE PER IL SISTEMA**

Il giorno 20 febbraio 2015 si è tenuto a Grumolo delle Abbadesse il convegno "Il Coordinatore: indispensabile per l'organizzazione, invisibile per il sistema" organizzato dal Coordinamento Provinciale dei Caposala di Vicenza (Presidente dott.ssa Margherita Meggiolaro).

Il giorno 20 febbraio 2015 si è tenuto a Grumolo delle Abbadesse il convegno "Il Coordinatore: indispensabile per l'organizzazione, invisibile per il sistema" organizzato dal Coordinamento Provinciale dei Caposala di Vicenza (Presidente dott.ssa Margherita Meggiolaro).

Il Convegno si è sviluppato in più momenti, dove sono state esplicitate le competenze del coordinatore in un contesto in continua evoluzione; è poi seguita una fase formativa con argomento "Riconfigurare la leadership in un contesto incerto" e una fase di lavoro di gruppo.

L'intervento del Direttore Medico AUSS 6 Vicenza dott. **Ennio Cardone** ha evidenziato la necessità di rinforzare le competenze del coordinatore che altrimenti rischiano di spersonalizzarsi, soprattutto come figura che implementa il link tra i professionisti e l'utenza.

La Vice Presidente Ipasvi di Vicenza **Sonia Dal Degan** in merito ha sottolineato che il coordinatore non ha solo un ruolo "collante" tra i professionisti, ma il coordinatore deve saper creare momenti di apprendimento e di sviluppo professionale.

La Presidente Provinciale dott.ssa **Margherita Meggiolaro** ha evidenziato che: "Attualmente il 60% degli iscritti al CNC si trova in categoria D, mentre il 40% è in categoria DS. Noi auspichiamo che le nostre amministrazioni diventino sensibili a questo tema affinché tutti i coordinatori siano collocati in un'unica categoria professionale e a quello che è il profilo del coordinatore"

La tavola rotonda è seguita poi con l'intervento di **Antonia Cesta**, caratterizzato da alcune riflessioni sul ruolo del coordinatore. Innanzitutto è stato definito il concetto di organizzazione come processo di razionalizzazione rispetto alla gestione delle complessità e alle risorse sia umane che economiche, ma anche come responsabilizzazione rispetto al raggiungimento degli obiettivi e all'implementazione di modelli assistenziali, alla misurazione degli esiti, alla gestione di programmi informativi legati sia all'organizzazione sia alla clinica e non da meno all'accreditamento e alla certificazione di qualità.

Cesta ha affermato poi che in tutto questo scenario la figura del coordinatore si caratterizza per le capacità di essere guida, di supervisore del piano assistenziale, di valutatore del personale, ma soprattutto di saper creare un buon clima di lavoro e affermando poi che il ruolo del coordinatore è sempre più manageriale e necessita di capacità di adattarsi ai contesti, di valutare il proprio operato e di chi ci sta attorno.

Lo Psicologo Dott. **Ferruccio Cavallin** ha poi sviluppato l'argomento "Riconfigurare la leadership in un contesto incerto". "Oggi coordinare", ha affermato il Dott. Cavallin, "significa lavorare nella complessità, cioè in un sistema articolato, dove sono compresenti diverse variabili che interagiscono in modo imprevedibile e in continua evoluzione".

Il ruolo del coordinatore è un ruolo sia di tipo negoziale che strategico, anche se non risulta ancora riconosciuto.

Come agire allora per essere riconosciuti? Il Dott. Cavallin ha proposto la seguente soluzione: "Diventando indispensabili rendendosi inutili. Questo paradosso è uno dei principi della leadership nelle organizzazioni. Quanto più io rendo un'organizzazione indipendente da me, tanto più io valgo e quindi sono indispensabile". Ha

poi continuato affermando che lo scopo del ruolo del coordinatore è quello di creare valore per l'organizzazione, risolvendo problemi attraverso il gruppo nell'ottica di efficacia e di efficienza, in quanto solutore di problemi.

Il convegno è poi proseguito con l'intervento della Presidente nazionale CNC **Gabriella De Togni**, portando alcune riflessioni sia sull'attività svolta dal CNC dal 1985, anno di istituzione dell'associazione, sia sul come dare visibilità all'operato dei coordinatori.

La De Togni ha affermato che "Affinché i coordinatori siano più visibili e la loro attività riconosciuta, è fondamentale iniziare a far parte di quelle istituzioni che ci permettono di dare voce e visibilità al ruolo di coordinatore."

E' importante entrare a far parte p.e. dei sindacati, dei colleghi, ecc. non dimenticando poi i colleghi che ci hanno eletto e che si rappresenta. E' importante che i colleghi eletti restino ancorati alla propria organizzazione, anche se l'individualismo esiste ed è piuttosto dilagante."

Concludendo, la giornata vissuta assieme ad altri coordinatori ha permesso di apprendere conoscenze professionali e di condividerle, ma soprattutto ha alimentato quel senso di appartenenza ad un ruolo indispensabile per le organizzazioni sanitarie. Ringraziando la Presidente Provinciale del CNC e il Direttivo per l'opportunità formativa, ringrazio per l'attenzione.

a cura di
MASSIMO MENTI
Coordinatore U.O. Psichiatria Noventa Vicentina





LA SITUAZIONE DELLE INFEZIONI OSPEDALIERE OGGI IN ITALIA

La frequenza di infezioni ospedaliere varia molto in rapporto al tipo di reparto o pazienti studiati, anche quando si utilizzano indicatori clinici specifici. Non ha quindi senso parlare di "tasso di infezioni ospedaliere" o di un dato globale sulle infezioni. Attualmente in letteratura l'unico studio che abbia stimato su un campione casuale l'incidenza di infezioni ospedaliere a livello nazionale è lo Study on the Efficacy of Nosocomial Infection Control (Senic), condotto in un gruppo di ospedali statunitensi tra il 1975 e il 1976. L'incidenza di pazienti infetti è risultata pari al 5,2% e quella di infezioni al 6,6%.

In Italia, dai primi anni Ottanta sono stati condotti numerosi studi per valutare la frequenza di infezioni ospedaliere. Non esiste, tuttavia, un sistema di sorveglianza nazionale, perché nel nostro Paese non ci sono ancora sistemi di rilevazione attiva dei dati con personale dedicato (vedi le Infection Control Nurses dei paesi anglosassoni). Anche se in Italia non esiste un sistema di sorveglianza stabile, sono stati condotti numerosi studi multicentrici di prevalenza.

Sulla base di questi e delle indicazioni della letteratura, si può stimare che in Italia il 5-8% dei pazienti ricoverati contrae un'infezione ospedaliere.

Ogni anno, quindi, si verificano in Italia 450-700 mila infezioni in pazienti ricoverati in ospedale (soprattutto infezioni urinarie, seguite da infezioni della ferita chirurgica, polmoniti e sepsi). Di queste, si stima che circa il 30% siano potenzialmente prevenibili (135-210 mila) e che siano direttamente causa del decesso nell'1% dei casi (1350-2100 decessi prevenibili in un anno).

I microrganismi responsabili delle infezioni nosocomiali sono numerosi ma tra i principali si trovano:

- *Klebsiella pneumoniae* (CRE 50%)
- *Acinetobacter baumannii* (CRE 80%)
- *Pseudomonas aeruginosa* (CRE 10%)
- *Staphylococcus aureus*
- *Escherichia Coli*
- *Clostridium Difficile*

Rispetto al passato prevalgono come maggiori responsabili di infezioni i batteri GRAM negativi.

Le più diffuse infezioni presenti sono le polmoniti per batteriemie che in soggetti defedati, come ben si sa, possono divenire spesso letali.

Le aree più colpite sono senza dubbio le Unità Operative di T.I. (TIPO, Rianimazioni, Sale Operatorie, reparti chirurgici) ma non sono da escludere i reparti in-

Report nazionale (162 TI) - Anno 2013					
Pazienti infetti in degenza					
Episodi con microrganismi isolati	No Si	Pazienti infetti solo in degenza		Pazienti infetti sia all'amm. che in deg.	
		N	%	N	%
Numero totale di microrganismi isolati	Missing	4262		1803	
<i>Escherichia Coli</i>	567	17.1	177	12.1	
<i>Escherichia Coli</i> prod. ESBL	109	19.2*	3.3	57	32.2*
<i>Escherichia Coli</i> res. carb.	8	1.4*	0.2	4	2.3*
<i>Escherichia Coli</i> res. Colistina	0	0.0*	0.0	0	0.0*
<i>Escherichia Coli</i> res. Tigeciclina	1	16.7*	0.0	0	0.0*
<i>Escherichia Coli</i> res. Gentamicina	7	87.5*	0.2	2	66.7*
<i>Escherichia Coli</i> res. Col+Tig+Gent	0	0.0*	0.0	0	0.0*
<i>Proteus</i>	122	3.7	41	2.8	
<i>Proteus</i> prod. ESBL	19	15.6*	0.6	13	31.7*
<i>Proteus</i> res. carb.	2	1.6*	0.1	2	4.9*
<i>Proteus</i> res. Colistina	0	0.0*	0.0	1	100.0*
<i>Proteus</i> res. Tigeciclina	0	0.0*	0.0	1	100.0*
<i>Proteus</i> res. Gentamicina	2	100.0*	0.1	2	100.0*
<i>Proteus</i> res. Col+Tig+Gent	0	0.0*	0.0	1	100.0*
<i>Citrobacter</i>	44	1.3	13	0.9	
<i>Citrobacter</i> prod. ESBL	3	6.8*	0.1	0	0.0*
<i>Citrobacter</i> res. carb.	1	2.3*	0.0	0	0.0*
<i>Citrobacter</i> res. Colistina	0	0.0*	0.0	0	0.0*
<i>Citrobacter</i> res. Tigeciclina	0	0.0*	0.0	0	0.0*
<i>Citrobacter</i> res. Gentamicina	1	100.0*	0.0	0	0.0*
<i>Citrobacter</i> res. Col+Tig+Gent	0	0.0*	0.0	0	0.0*
<i>Acinetobacter</i>	257	7.8	203	13.8	
<i>Acinetobacter</i> res. carb.	200	77.8*	6.0	183	90.1*
<i>Acinetobacter</i> res. Colistina	5	2.7*	0.2	2	1.1*
<i>Acinetobacter</i> res. Tigeciclina	48	34.3*	1.5	55	44.0*
<i>Acinetobacter</i> res. Col+Tig	3	1.6*	0.1	2	1.1*

ternistici che dalle ultime indagini emerse hanno mostrato un discreto livello di sviluppo di infezioni.

Le cause di ciò possono essere diverse ma un appunto potrebbe riguardare l'aumento della frequenza del posizionamento del PICC nei pazienti che accedono a tali reparti.

Elevate infezioni accertate da *Clostridium* nelle U.O. di Medicina potrebbe derivare dall'attenzione posta nei confronti dei segni clinici di questo batterio, cosa questa che forse non viene considerata in modo frequente nei reparti chirurgici.

Oltre ai suddetti microrganismi non sono da escludere le candidemie, altre responsabili di danni infettivi notevoli.

L'infezione può essere determinata da diversi tipi di *Candida*.

Questi i principali:

- *albicans*,
- *torulopsis*,
- *tropicalis*,
- *rhodotorula*

Nel nostro Paese, la maggior parte delle candidosi è dovuta alla *albicans*.

Infezioni in degenza (top 10)	N	%
Polmonite	1700	39.3
Inf. basse vie respiratorie NON polmonite	850	19.6
Infezione vie urinarie NON post-chir.	697	16.1
Batteriemia primaria sconosciuta	471	10.9
Batteriemia da catetere (CR-BSI)	453	10.5
Peritonite post-chirurgica	221	5.1
Infezione cute/lesioni molli post-chir.	185	4.3
F.U.O. febbre di origine sconosciuta	145	3.3
Sepsi clinica	144	3.3
Infezione delle alte vie respiratorie	116	2.7

Queste varietà di *Candida* differiscono per il loro aspetto al microscopio. In parte si differenziano anche per i sintomi che provocano e per le loro diverse reazioni ai farmaci antimicotici utilizzati come cura.

Oltre alle misure standard universali per la prevenzione delle infezioni ospedaliere, contributi importanti sono stati fatti e sono tuttora concreti da parte di numerosi organismi ma si vuol proporre in tale contesto l'**ANTIMICROBIAL STEWARD**.

Il programma di antimicrobial stewardship può trovare applicazione in una serie di attività:

- Creazione di gruppi di lavoro sulle prevenzione e gestione delle infezioni ospedaliere
- Consulenza infettivologica prima della somministrazione antibiotico
- Servizio di Microbiologia "fast lab" in stretta relazione con il clinico. Creazione di laboratori di secondo livello, dedicati alle Unità di Terapia Intensiva (UTI) e a casi selezionati, in grado di operare h24 e con analisi personalizzate
- Adozione di linee guida locali di profilassi e terapia. Per la profilassi per operatoria ad esempio, sono disponibili linee guida nazionali aggiornate alla fine del 2011, messe a punto dal

Ministero della Salute e dall'Istituto Superiore di Sanità, ferma restando la necessità di adeguare le linee guida all'Epidemiologia locale

- Monitoraggio del consumo di antibiotici e dell'Epidemiologia locale delle resistenze microbiche con feedback periodici ai reparti
- Dosaggio plasmatico degli antibiotici, ad esempio Aminoglicosidi, Teicoplanina, Daptomicina e Linezolid
- Formazione e aggiornamento del personale medico e infermieristico
- In Italia programmi di questo tipo sono di recente introduzione e la restrizione su alcuni farmaci è ancora vissuta da alcuni colleghi come una limitazione nell'esercizio della professione

Nel Regno Unito, ad esempio, è da tempo in vigore un sistema per cui i medici possono prescrivere liberamente attenendosi alle linee guida, mentre per prescrivere altri farmaci devono confrontarsi con il microbiologo clinico e con un farmacista dedicato, figure disponibili h24 e che frequentano i reparti per discutere i casi con il clinico. Questo sistema non è vissuto come una limitazione ma come un'opportunità; il Regno Unito consuma meno antibiotici e ha minori problemi di resistenza. Anche in UTI programmi di antimicrobial stewardship possono migliorare l'appropriatezza, riducendo la durata della terapia e la quantità totale di antibiotici somministrati.

Tali programmi basati su nuove linee guida (formazione, istituzione di gruppi con infettivologo e farmacista allertati dalla prescrizione di antibiotici selezionati, ha portato ad una marcata riduzione dell'incidenza dell'infezione da *Clostridium difficile*.

Naturalmente questa strategia comporta

uno sforzo di natura non solo organizzativa, ma culturale: riconoscere e costruire una competenza infettivologica.

Detto ciò si evince che la sua implementazione non è assolutamente un processo semplice.

Per concludere si vuol sottolineare che la prevenzione delle infezioni non deve essere soltanto un problema "ospedaliero", bensì di tutti i cittadini in quanto ogni singolo può divenirne il protagonista. Per cui ognuno dovrebbe impegnarsi in tal senso al fine di non rimanere a guardare stupiti gli eventi che si verificano.

BIBLIOGRAFIA

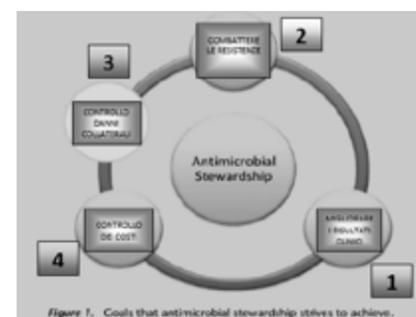
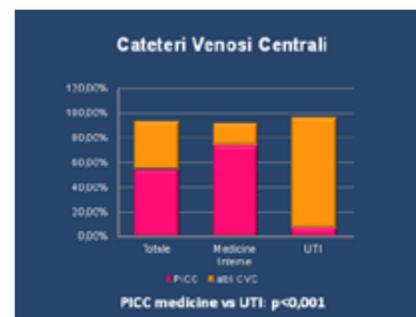
1. GIVITI (Gruppo italiano per la valutazione degli interventi in terapia intensiva), Sorveglianza delle infezioni, tratto dal sito <http://www.giviti.marionegri.it/SorveglianzaInfezioni.asp>, data d'accesso novembre 2014.

2. Menichetti F., "La situazione delle infezioni in Italia", relazione presso Forum Risk Management in Sanità 28 novembre 2014.

3. Robert W. Haley, Dana Quade, Howard e. Freeman and Ohn V. Bennett, "STUDY ON THE EFFICACY OF NOSOCOMIAL INFECTION CONTROL (SENIC PROJECT): SUMMARY OF STUDY DESIGN" American Journal of Epidemiology, Revision received January 15, 1980.

4. Talpaert MJ, Gopal Rao G, Cooper BS, Wade P. "IMPACT OF GUIDELINES AND ENHANCED ANTI-BIOTIC STEWARDSHIP ON REDUCING BROAD-SPECTRUM ANTIBIOTIC USAGE AND ITS EFFECT ON INCIDENCE OF CLOSTRIDIUM DIFFICILE INFECTION". J Antimicrob Chemother. 2011 Sep;66(9):2168-74.

a cura di
ARIANNA SAUGO
Infermiera presso U.O. Cardiologia Ambulatoriale
Ulss 6 Ospedale di Vicenza





L'INFERMIERE E LA PREVENZIONE DELLE INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA

L'igiene delle mani viene continuamente e da più fonti sollecitata come strumento fondamentale nella prevenzione delle infezioni: la pagina principale del sito nazionale IPASVI è dedicata proprio a questo tema. Per "infezioni correlate all'assistenza" si intendono tutte quelle infezioni contratte in ambito ospedaliero, che non erano né manifeste né in incubazione al momento del ricovero, ma che compaiono durante o dopo il ricovero e da questo sono determinate. Il Center for Disease Control and Prevention (CDC) ha introdotto un criterio temporale d'insorgenza per poter farne diagnosi: dalle 48 alle 72 ore dopo il ricovero oppure entro 10 giorni dal momento della dimissione, ma in letteratura non vi è una standardizzazione della definizione e oltre a quella proposta dal CDC, vengono seguiti i criteri proposti da Friedman et al.

- Aver ricevuto terapia intravenosa al domicilio, cura di ferite o cure infermieristiche specializzate attraverso un'agenzia di assistenza o famiglia o amici; o, auto somministrazione di terapia medica intravenosa nei 30 giorni precedenti all'inizio dell'infezione. I pazienti che hanno solo ossigenoterapia sono esclusi.
- Aver frequentato un ospedale o una clinica di emodialisi, o ricevuto chemioterapia intravenosa nei 30 giorni precedenti.
- essere stati ospedalizzati in ospedale per acuti per 2 o più giorni nei precedenti 90 giorni
- Esser residenti in case di cura con assistenza a lungo termine.

L'ambito quindi non è solo quello ospedaliero, ma, dal momento che l'assistenza si sposta in direzione del territorio, coinvolge anche questo il domicilio. La frequenza con cui compare una complicità infettiva è pari a 5-10% in pazienti ricoverati in ospedale, a 5% in pazienti residenti in strutture per anziani ed a 1% in pazienti assistiti a domicilio. Oltre che essere frequenti, le infezioni correlate all'assistenza sanitaria sono anche gravi ed hanno un impatto economico rilevante: per le sepsi e le polmoniti si stima una mortalità attribuibile pari a 20-30%; secondo uno studio australiano, le infezioni della ferita chirurgica si collocano al primo posto in una graduatoria di eventi avversi ordinati per costo medio annuale atteso per il sistema sanitario; il costo annuale per le infezioni

ospedaliere è stato stimato essere pari a 6,7 milioni di dollari negli Stati Uniti ed a 1,7 milioni di dollari nel Regno Unito¹

Diffuse sono linee guida e raccomandazioni che riguardano pratiche di pulizia, disinfezione e sterilizzazione; igiene delle mani; precauzioni standard e misure di isolamento; infezioni delle vie urinarie correlate a catetere vescicale, infezioni correlate a catetere intravascolare, infezioni del sito chirurgico, polmoniti correlate a procedure invasive sulle vie respiratorie.

Comune a tutte le linee guida è la convinzione che l'igiene delle mani è un fattore chiave per prevenire le infezioni in ospedale e a domicilio. Un corretto lavaggio delle mani risulta essere un pilastro nella prevenzione delle infezioni: sia gli infermieri che i medici percepiscono l'impatto delle infezioni e sanno che è utile prevenirle con il lavaggio delle mani, come confermato dalla loro conoscenza e attitudine, tuttavia, come riportato dalle linee guida dell'associazione WHO, la compliance in questa pratica risulta essere insufficiente o comunque molto bassa in molti paesi.

Le principali barriere percepite alla implementazione di una appropriata igiene delle mani segnalate dal personale sanitario sono:

- irritazione della pelle a causa dei prodotti utilizzati per l'igiene delle mani: il lavaggio delle mani può aumentare il pH della pelle, ridurne la componente lipidica, aumentare la perdita di acqua transdermica;
- Inaccessibilità degli strumenti per l'igiene delle mani: la necessità di un accesso immediato alle forniture igiene delle mani indipendentemente dal fatto che si tratti di lavandino, sapone, detersivo medicato, o senz'acqua soluzione a base di alcool, è evidente per evitare che gli operatori sanitari debbano allontanarsi dal letto del paziente;
- allontanarsi per eseguire l'igiene mani può causare interferenze con il rapporto personale sanitario - paziente;
- sensazione che il tempo usato per la pratica di lavaggio mani metta in discussione la priorità delle esigenze dei pazienti;
- indossare guanti (l'uso dei guanti non sostituisce la necessità di pro-

cedere alla pulizia delle mani tramite frizione o lavaggio);

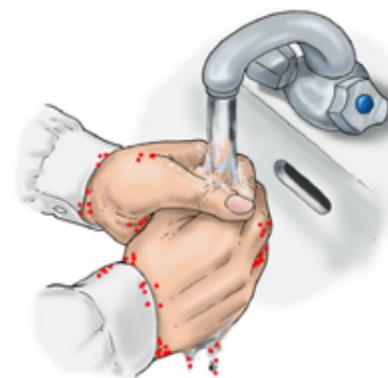
- non pensarci, dimenticanza, mancanza di conoscenza delle linee guida;
- tempo insufficiente per alto carico di lavoro o la mancanza di un adeguato personale;
- attività con alto rischio di trasmissione crociata possono influenzare la frequenza nel lavaggio mani;
- mancanza di promozione a livello individuale o livello istituzionale;
- mancanza di modello da seguire;
- mancanza di priorità istituzionale;
- la mancanza di sanzione amministrativa per i comportamenti negativi o gratificante per quelli positivi.

Nelle procedure ed interventi, dove il rischio di infezione diventa elevato, gli infermieri rappresentano l'elemento cardine e la componente critica dell'intero processo di prevenzione. Proprio per questo, nel corso degli anni, sono state svolte molte indagini rivolte a tale categoria professionale e ne sono stati rivelati alcuni punti critici. Riguardo la conoscenza delle infezioni, un'indagine, svolta in Italia, rivela che solo un terzo degli infermieri intervistati riconosce quali siano le infezioni riscontrate con maggior frequenza nella pratica clinica (infezioni respiratorie, del tratto urinario e del sito chirurgico). Inoltre gli infermieri si ritrovano a lavorare in un periodo caratterizzato da grandi mancanze dovute alla crisi economica: la carenza di infermieri e le minori risorse disponibili hanno comportato una riduzione della qualità dell'assistenza erogata ed un aumento del burn-out. È stato riportato come un aumento del 10% del burn-out negli infermieri comporti un'incidenza maggiore di infezioni del tratto urinario e del sito chirurgico. In particolare vi è un aumento nell'incidenza dell'1% in quelle urinarie e del 2% nelle altre.

Le indicazioni su quando effettuare l'igiene della mani possono essere raggruppate in tre situazioni:

- Contatto con la cute integra del paziente

- Contatto con le superfici ambientali nelle immediate vicinanze del paziente;
- Dopo la rimozione dei guanti.



Un recente studio osservazionale presso un'area medica del nostro territorio su 125 osservazioni di pratiche cruente effettuate dall'infermiere sul paziente, ha evidenziato come l'igiene delle mani venga eseguita in meno della metà delle occasioni, e generalmente corrisponde ad eseguire l'igiene delle mani dopo il contatto con ciò che circonda il paziente, mentre raramente viene eseguito durante tutto il corso della procedura o tra una procedura e l'altra sullo stesso paziente. Anche se i dati di questo studio non sono generalizzabili data l'esiguità del campione, essi sono in linea con quanto riportato in letteratura. Oltre alla frequenza del lavaggio, un altro elemento essenziale è la tecnica utilizzata e il tempo dedicato allo stesso: durante 17 studi osservazionali, la durata degli episodi di lavaggio delle mani da parte del personale sanitario passava da una media di soli 6,6 secondi a un massimo di 30 secondi. Oltre a lavare le mani molto brevemente, il personale sanitario spesso non interveniva sulla superficie completa di mani e dita. L'incapacità per oltre vent'anni di motivare il personale sanitario ad aderire al lavaggio delle mani suggerisce che modificare il comportamento in quest'ambito è un compito complesso.

Il comportamento dei singoli per quanto concerne l'igiene delle mani non è omogeneo e può essere classificato in almeno due tipologie:

- lavaggio quando le mani sono visibilmente sporche, appiccicaticce o polverose, esempio quando è stato toccato un paziente considerato "anti-igienico" per aspetto, età o comportamento, o dopo aver toccato un'area "emotivamente sporca", come ascelle, inguine o genitali. Questa pratica innata sembra richiedere il successivo lavaggio delle mani con acqua o con acqua e sapone.
- pratica elettiva di igiene delle mani: opportunità per il lavaggio delle mani che non rientrano nella categoria precedente, come il contatto con il paziente per prendere il polso o rilevare la pressione sanguigna, o il contatto con oggetti inanimati nell'ambiente che circonda il paziente. Questo tipo di contatto è simile a molte e comuni interazioni sociali, come la stretta di mano, i gesti di cortesia e conforto, ecc. In quanto tale, esso non suscita la necessità innata di lavarsi le mani, anche se nell'ambiente sanitario ciò può portare alla contaminazione delle mani con il rischio di trasmissione crociata dei microrganismi. Ne consegue, quindi, che questa è la componente dell'igiene delle mani che più facilmente viene tralasciata dal personale sanitario troppo impegnato.

Un altro aspetto importante che influenza la pratica dell'igiene delle mani è l'uso dei guanti. I guanti sono indicati in quanto riducono la trasmissione e il rischio di esposizione all'infezione. Il loro uso però non deve influenzare la pratica dell'igiene delle mani. Numerosi studi hanno evidenziato che il personale sanitario che indossava i guanti era meno incline a lavarsi le mani ogniqualvolta usciva dalla stanza del paziente. Altri studi, al contrario, hanno dimostrato che il personale sanitario che

indossava i guanti era molto più incline a lavarsi le mani dopo aver prestato assistenza al paziente.

Il comportamento umano relativo al lavaggio delle mani, subisce poi importanti influenze ambientali, culturali e religiose e, con tutta probabilità, i modelli di igiene delle mani si strutturano fortemente prima dei 9 o 10 anni d'età.

Le strategie per favorire l'adesione al lavaggio delle mani da parte degli infermieri sono strettamente centrate sui processi formativi:

- **Educazione**, intesa come implementazione, diffusione, consolidazione di modelli comportamentali di igiene delle mani nella comunità, dalla quale nasceranno i futuri operatori sanitari
- **Motivazione** che richiede il supporto manifesto e continuo da parte della dirigenza ospedaliera all'igiene delle mani come priorità istituzionale
- **Rafforzamento** del comportamento appropriato di igiene delle mani
- **Coinvolgimento** dei pazienti in modo che ricordino al personale sanitario di lavarsi le mani prima di prestare le cure.

In conclusione, esistono evidenze convincenti a sostegno del fatto che **una migliore igiene delle mani può ridurre i tassi di infezione**. La non adeguata igiene delle mani viene considerata la causa principale per le ICA e la diffusione di microrganismi multiresistenti, ed è stata riconosciuta come elemento che contribuisce in misura significativa al verificarsi dei focolai epidemici.

L'infermiere, quale responsabile dell'assistenza, deve farsi carico non solo dell'applicazione ma anche della promozione e diffusione di "buone pratiche" sia all'interno della professione, sia tra le altre figure professionali.

a cura di
SONIA MARCANTE
Tutor didattico e docente
Corso di Laurea in Infermieristica Università di Padova
sede di Montebelluna Precalcino



BIBLIOGRAFIA

1. Progetto "Prevenzione e Controllo delle Infezioni nelle Organizzazioni Sanitarie e socio sanitarie - Progetto INF OSS" ccm 2009
2. Linee guida OMS sull'igiene delle mani in assistenza sanitaria 2006
3. Didier Pittet, IMPROVING COMPLIANCE WITH HAND HYGIENE IN HOSPITALS, Infection Control and Hospital Epidemiology, Vol. 21, pp. 381-386, No. 6, June 2000
4. Baston Giada. L'igiene delle mani nella pratica clinica. Tesi di Laurea in infermieristica 2013
5. Milani Silvia. Infermieri e infezioni correlate all'assistenza indagine osservazionale su conoscenze, comportamenti e attitudini. Tesi di laurea in infermieristica 2013



L'inserimento dell'OSS con formazione complementare e implementazione di un modello organizzativo ad alta integrazione multiprofessionale

Con la carenza di infermieri e la crescente turbolenza dei luoghi di lavoro, si stanno manifestando due fenomeni nuovi nel contesto sanitario italiano: la sempre più elevata percezione degli infermieri di non erogare tutte le cure necessarie e il maggior coinvolgimento degli operatori di supporto in processi complessi come la somministrazione della terapia.

A tal proposito, con Deliberazioni della Giunta Regionale del Veneto N. 1529 del 27 settembre 2011 "Sanità, area Comparto. Approvazione Protocollo di intesa dell'8 settembre 2011. Autorizzazione incremento fondi di produttività relativi all'anno 2008" sono state destinate delle risorse economiche per specifici progetti di cambiamento organizzativo. A seguito di tale delibera il 21 novembre 2012, in sede locale (ULSS 5 "Ovest Vicentino"), veniva stipulato un accordo sindacale che destinava una quota economica alla realizzazione del progetto "L'integrazione multiprofessionale dei profili di assistenza e di supporto". Progetto da attuarsi da parte del Servizio Professioni Socio Sanitarie, in coordinamento con i Responsabili di Unità Operativa, il Direttore Medico Ospedaliero e il Direttore di Distretto e che doveva coinvolgere i Servizi con presenza di operatori socio sanitari con formazione complementare e con l'obiettivo di raggiungere l'integrazione delle relative competenze tra gli stessi e gli infermieri. Il progetto prevedeva altresì la collaborazione dei Coordinatori dei Servizi coinvolti unitamente a quella di altro personale infermieristico con funzioni di tutor. Tra i contesti individuati per la sperimentazione presso l'ULSS 5 c'era l'Unità di degenza di Medicina Fisica e Riabilitazione dell'Ospedale di Lonigo.

Per quanto riguarda l'implementazione di questo progetto all'interno della suddetta unità sono stati successivamente identificati i seguenti obiettivi:

- Definire l'OSS con formazione complementare;
- Delineare le competenze e gli ambiti d'azione;
- Evidenziare condizioni favorevoli e ostacoli ad un suo inserimento nel contesto di Medicina Fisica Riabilitativa, con l'ottica di previsione di scenari futuri;
- Ipotizzare un modello organizzativo

ad alta integrazione multi-professionale che preveda sia l'introduzione dell'OSS con FC che l'attivazione dell'infermiere di riabilitazione all'interno del team riabilitativo.

L'U.O.C. di Medicina Fisica e Riabilitazione è al servizio dell'intero territorio dell'Azienda ULSS 5 "Ovest Vicentino" per le attività sanitarie di riabilitazione: "interventi valutativi, diagnostici, terapeutici e altre procedure finalizzate a portare il soggetto affetto da lesione invalidante a contenere o minimizzare la sua disabilità, al fine di potersi relazionare nel modo più efficace possibile nel proprio ambiente familiare, lavorativo, scolastico e sociale." In particolare l'U.O.C. di M.F.R. si occupa più specificamente della riabilitazione in età adulta dei disordini delle funzioni motorie, del linguaggio, della deglutizione, della respirazione.

I pazienti che accedono a questa U.O. sono per definizione pazienti stabili nelle condizioni cliniche e necessitano di assistenza infermieristica di tipo riabilitativo, con l'obiettivo di incentivare le abilità residue del paziente. Viene prescritta una terapia minima, per la quasi totalità dei casi solo terapia orale, intramuscolare, sottocutanea e/o transdermica. Inoltre l'infermiere collabora con l'equipe assistenziale riferendo e discutendo durante il briefing della mattina con i medici fisiatra, i fisioterapisti ed i logopedisti. Infine partecipa alle riunioni d'equipe (riunioni di progetto) in cui si affrontano problematiche inerenti la presa in carico dei pazienti neurolesi.

Per quanto riguarda le competenze specifiche dell'OSS con FC, la Legge regionale n°17 del 9/08/2002 (BUR n. 78/2002) (Novellazione) - Testo storico: Modifiche alla L.R. 16 agosto 2001, n°20 "la figura professionale dell'operatore socio assistenziale", sancisce un'unica frase facendo di fatto coincidere le competenze da acquisire dopo adeguata formazione (150 ore teoriche e 250 di tirocinio) con le attività: l'OSS con FC dovrà "acquisire le conoscenze, le abilità e gli atteggiamenti necessari per svolgere le attività dell'operatore socio sanitario con formazione complementare".

Secondo le "linee guida per l'inserimento dell'OSS con formazione complementare (FC) nel processo di assistenza infermieristica" (Pegoraro, 2005), la fornitura o approvvigionamento dei farmaci, la loro con-

servazione, il riordino del materiale usato e lo smaltimento dei rifiuti, non essendo diretti al paziente ed essendo standardizzabili, sono attività attribuibili all'OSS con FC, secondo protocolli operativi costruiti in seno all'equipe infermieristica.

Le direttive infermieristiche, per l'attribuzione all'OSS con formazione complementare della somministrazione di farmaci, dovranno valutare la tipologia di terapia, la tipologia di assistiti, le circostanze in cui si sta operando (Pegoraro, 2005).

Le direttive infermieristiche sulle terapie dovranno tener in considerazione che tali terapie siano:

- stabili nel tempo;
- a medio o lungo termine;
- con bassi risultati negativi legati ad errori;
- il tempo fra la somministrazione e il potenziale risultato negativo sia a medio o lungo termine.

Per quanto riguarda gli assistiti, le direttive dovranno tener conto di queste caratteristiche:

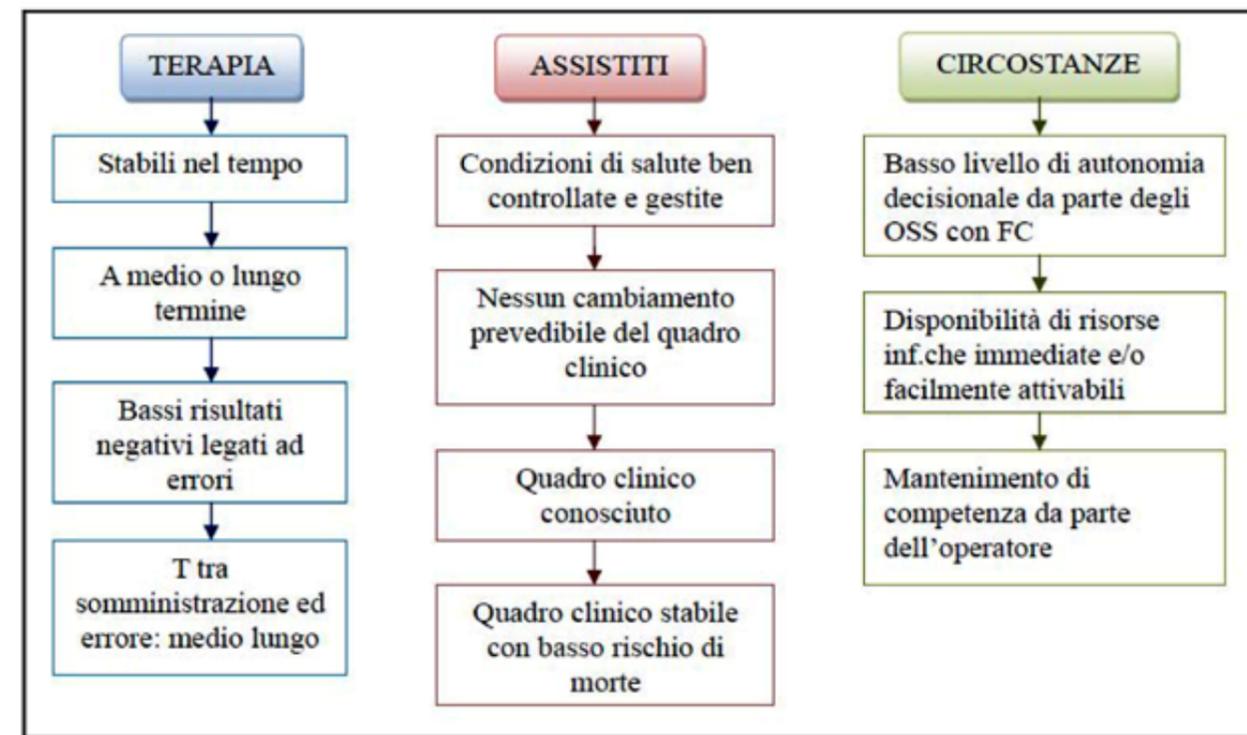
- condizioni di salute ben controllate e gestite;
- nessun cambiamento prevedibile del quadro clinico;
- il quadro clinico dovrà essere conosciuto: conoscenza della patologia e delle interrelazioni tra varie patologie;
- il quadro clinico dovrà essere stabile, con positive risposte alle terapie e un basso rischio di morte.

Per quanto riguarda le circostanze in cui potrà avvenire la somministrazione di terapie da parte dell'OSS con FC, le direttive infermieristiche dovranno contemplare:

- un basso livello di autonomia decisionale da parte dell'OSS con FC;
- una disponibilità di risorse infermieristiche immediatamente e/o facilmente attivabili;
- l'opportunità di mantenere la competenza da parte dell'operatore.

Prima dell'attuazione del progetto, l'assistenza infermieristica nell'U.O. di Medicina Fisica Riabilitativa (MFR) era organizzata secondo il modello funzionale, che prevedeva l'assegnazione di specifici compiti al personale di assistenza in ogni turno. La priorità attuale dell'U.O. di MFR è quella di lavorare in team, di riuscire a stabilire

Fig. 1 Rappresentazione grafica delle direttive infermieristiche per l'attribuzione all'OSS con FC la somministrazione dei farmaci



obiettivi assistenziali e riabilitativi chiari, raggiungibili, non ambigui. Il momento in cui si riuniscono i membri dell'equipe assistenziale (fisiatra, infermiere, fisioterapista, logopedista) è quello destinato alle riunioni di progetto/programma per i pazienti neurolesi. Questa tipologia di pazienti che affersce all'U.O. di MFR dopo evento acuto o periodicamente per terapie riabilitative in patologie croniche degenerative, è caratterizzata dalla presenza di più funzioni compromesse nello stesso momento: il linguaggio, la deglutizione, la mobilità, una dipendenza parziale o totale nelle ADL o IADL. Per tale ragione, tutti i membri del team riabilitativo, durante le riunioni di progetto, definiscono insieme gli obiettivi a breve e lungo termine per i pazienti trattati.

Una criticità legata al modello di tipo funzionale, risiedeva nel contributo che apportavano gli infermieri quando partecipavano a tali riunioni di progetto. Ciò che avveniva molto spesso era che l'infermiere, interpellato a riguardo delle abilità residue del paziente in questione, non fosse in grado di fornire informazioni utili al team, essenziali per la formulazione di obiettivi assistenziali e riabilitativi congrui ai bisogni del paziente. Alla base di questa "non conoscenza" vi era da un lato una discontinuità assistenziale (turno in 4° con poche presenze di mattina), dall'altro la tendenza da parte dell'equipe infermieristica a lavorare per compiti, senza progettazione di interventi dopo identificazione di obiettivi, né valutazione degli stessi.

Le caratteristiche del nuovo modello organizzativo proposto che comprendeva l'inserimento dell'OSS con FC e un'integrazione multi-professionale del personale sono state:

- l'inserimento dell'OSS con FC nelle attività di somministrazione della te-

rapia orale, intramuscolare e sottocute, nell'attività di stick glicemici e relativa terapia ipoglicemizzante orale/insulinica e nella pratica di clisteri evacuativi, nel turno del mattino, senza dover richiedere unità aggiuntive.

- l'attivazione di una nuova figura professionale infermieristica, chiamata "infermiere responsabile di riabilitazione", da inserire con un turno giornaliero, dalle 8:00 alle 15:42, dal lunedì al venerdì, sabato e domenica riposo e con i seguenti compiti: accogliere i nuovi ingressi attraverso un accertamento infermieristico volto a identificare i bisogni riabilitativi dei pazienti, partecipare alle riunioni di progetto/programma previste stabilendo gli obiettivi di autonomia (ADL, IADL) da far raggiungere al paziente, coadiuvare i colleghi infermieri nelle cure igieniche e mobilitazione dei pazienti come momento di valutazione e aggiornamento dei pazienti identificati, aggiornare le schede infermieristiche e le scale di valutazione secondo le indicazioni dei progetti/programmi, compilare la relativa documentazione infermieristica per i pazienti in dimissione per il giorno successivo.

Obiettivo del progetto era quello di porre in essere un'organizzazione dell'assistenza infermieristica che garantisse:

1. una totale presa in carico dell'utente e continuità assistenziale da parte del personale infermieristico;
2. il decentramento delle decisioni assistenziali dal coordinatore all'infermiere responsabile della riabilitazione;
3. la stesura dei piani di assistenza e

dei progetti/programmi riabilitativi di team in collaborazione con il medico fisiatra e le altre figure professionali presenti in reparto quali fisioterapista e logopedista.

Le varie strategie adottate ai fini della realizzazione del progetto sono state:

1. programmazione di un incontro per informare tutto il personale di reparto sul nuovo modello organizzativo dell'assistenza infermieristica da adottare conseguente all'introduzione dell'OSS con FC (avvenuto a novembre 2013);
2. programmazione di un corso "di ripasso" (re-training), per il personale OSS con formazione complementare, in collaborazione con il Centro Formazione, sulla somministrazione della terapia per via naturale e sull'esecuzione della terapia intramuscolare e sottocutanea (avvenuto a dicembre 2013);
3. individuazione delle modifiche all'organizzazione attuale del lavoro per introdurre il nuovo modello organizzativo;
4. redistribuzione delle attività assistenziali all'interno del turno di mattina e definizione delle competenze dei ruoli degli infermieri clinici, dell'infermiere responsabile della riabilitazione e dell'OSS con FC;
5. programmazione di un incontro con il personale fisioterapista, logopedista e medico di reparto per illustrare i cambiamenti derivanti dalla nuova organizzazione (avvenuto a gennaio 2014);
6. attuazione della sperimentazione e



messa a punta del nuovo modello organizzativo con registrazione di quali modifiche incontrino delle difficoltà di applicazione (avvenuto nel periodo 2 gennaio – 30 aprile 2014);

- stesura di un report per l'UO Professioni Socio Sanitarie sugli effetti e sugli sviluppi del progetto di miglioramento.
- Allo stato attuale sono stati espletati tutti i punti e il nuovo modello organizzativo è stato implementato a partire dal 5 maggio 2014.

Siamo consapevoli che la trasferibilità dei modelli sperimentali nei contesti di cura

reali non è automatica e i risultati possono essere inizialmente deludenti. Non è semplice convincere gli infermieri ad abbandonare gli schemi tradizionali ed aderire a nuovi modelli; tutti hanno convenienza a scegliere i programmi meno impegnativi. Ma l'esigenza di un'organizzazione sempre più vicina ai bisogni del paziente si accompagna ad un cambiamento della cultura infermieristica coerente con il riconoscimento dello status dell'infermiere, non più "arte ausiliaria", ma professione sanitaria, autonoma e responsabile, come sancito dalla legge 42/99.

Proporre un progetto di cambiamento dell'organizzazione assistenziale ad un gruppo di lavoro significa anche confron-

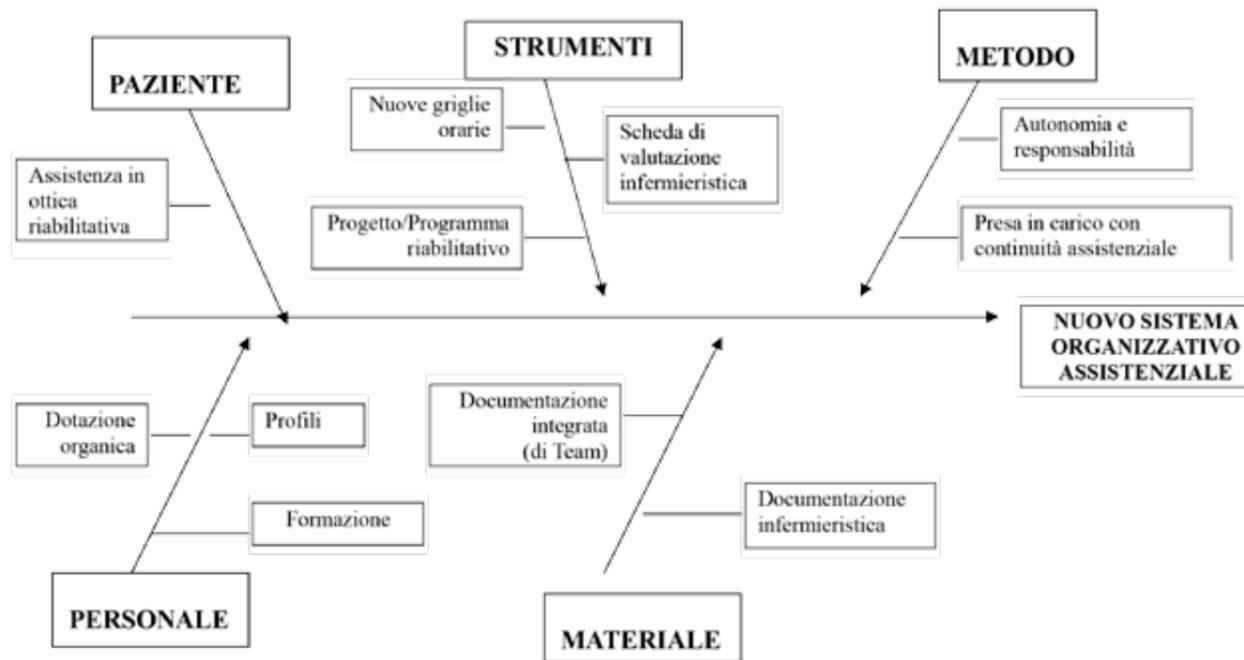
tarsi con i suoi pregi e difetti, senza farsi scoraggiare da questi ultimi.

La maturità del gruppo, la capacità di sostenere e creare il cambiamento, l'apertura verso la pianificazione dell'assistenza di base e verso il coordinamento degli OSS, sono fattori da incentivare.

Nonostante i problemi che si sono presentati strada facendo, il progetto di lavoro qui descritto ha portato a positivi risultati in termini di miglioramento dell'assistenza infermieristica erogata, nonché di un aumento dell'autonomia e responsabilità del personale infermieristico.

Di seguito è rappresentato, tramite diagramma di Ishikawa, il rapporto esistente tra le varie cause che intercorrono nel cambiamento del modello organizzativo assistenziale proposto. (grafico 1)

Grafico 1



SIMONE STEFANELLO
Infermiere Coordinatore presso
l'UOC di Medicina Fisica e Riabilitazione,
Ospedale di Lonigo,
ULSS 5 – Ovest Vicentino



SARAH TOMMASI,
Infermiera presso l'UOC di Geriatria,
Ospedale di San Bonifacio, ULSS 20 Verona,
tirocinante Master in Coordinamento delle Professioni Sanitarie
presso l'UOC di Medicina Fisica e Riabilitazione,
Ospedale di Lonigo, ULSS 5 – Ovest Vicentino.



Bibliografia

- Pegoraro F. Inserimento nell'equipe assistenziale dell'OSS con formazione complementare in assistenza sanitaria. Management Infermieristico, 2005; 11(4):26-35
- Deliberazioni della Giunta Regionale del Veneto n° 1529 del 27 settembre 2011 "Sanità, area Comparto. Approvazione Protocollo di intesa dell'8 settembre 2011. Autorizzazione incremento fondi di produttività relativi all'anno 2008".
- Basaglia N, Gamberoni L. L'infermiere della riabilitazione. Milano: Edi Ermes; 1998.
- Cantarelli M. Il modello delle prestazioni infermieristiche. 2 ed. Milano: Masson; 2003.
- Calamandrei C, Orlando C. La dirigenza infermieristica. Manuale per la formazione dell'infermiere dirigente. 3 ed. Milano: McGraw-Hill; 2009.
- Proietti MG, Mancini A. Cambiamento del modello organizzativo e influenze sulla motivazione degli infermieri. Management Infermieristico 2008 Ott-Dic;4:24-29.
- Brisichella R. L'infermiere coordinatore, il gruppo di lavoro e il cambiamento organizzativo: descrizione di un'esperienza. Management Infermieristico 2003 Apr-Giu;2:23-30.
- Legge regionale 16 agosto 2001, n. 20 (BUR n. 75/2001).

Altre consultazioni

- De Toma R, Dimonte V. L'autonomia infermieristica nel Primary Care. Management Infermieristico 2008 Apr-Giu;2:5-12.
- Longo R. L'organizzazione del lavoro infermieristico. In: Benci L. Manuale giuridico professionale per l'esercizio del nursing. Milano: McGraw-Hill; 1996.
- Santullo A. L'infermiere e le innovazioni in sanità. 2 ed. Milano: McGraw-Hill; 2004.
- Benner P. L'eccellenza nella pratica clinica dell'infermiere. Edizione italiana a cura di Calamandrei C, Rasero L. Milano: McGraw-Hill; 2003: 11-30.

SANITÀ. La tavola rotonda dell'Ipsavi sui problemi e sulle prospettive



Un momento della tavola rotonda organizzata dall'Ipsavi e andata in scena al Viest Hotel

L'Sos degli infermieri «Servono assunzioni»

Le conferenze Ulss: «Necessario il salto di qualità»

Franco Pepe

Infermieri sospesi fra passato e futuro, fermi all'oleografica etichetta che nell'immaginario collettivo li vuole tuttologi dell'assistenza, da consolatori dei pazienti a traduttori del linguaggio dei medici, ma anche proiettati, come professionisti della salute, verso un ruolo non più gregario ma specialistico e potenziato. Un'aspirazione legittima.

Nel Veneto l'architettura del Prss, Piano regionale socio-sanitario, è stato costruita pensando ad una sanità da sviluppare sul territorio e alla presenza funzionale dei 5 mila 800 infermieri. Ma anche un progetto che resta rinchiuso nel cassetto del ministero. La resistenza dei medici non è semplice da scardinare.

La via del futuro resta, però, questa del Prss, che ha posto le pietre miliari per ammodernare il sistema ma che ora va calato in una società reale, sul modello organizzativo del Nord Europa che in Germania vede il 30 per cento di infermieri in più e in Olanda addirittura il

100 per cento rispetto all'Italia. Domenico Mantoan, direttore generale della sanità veneta, lo ha detto con chiarezza alla "round table" dell'Ipsavi di Vicenza al Viest Hotel nella giornata internazionale dell'infermiere. «La figura dell'infermiere intermedio fra medico e paziente non funziona più. Per realizzare il Prss ci vuole un maggior numero di infermieri, a cui dare più competenze professionali e spazi organizzativi». Parecchie voci soliste a questa convention - introdotta dal presidente dell'Ipsavi Federico Pegoraro, moderata da Mauro Della Valle, per un confronto fra le 4 conferenze Ulss e il segretario di Cittadinanzattiva Flavio Magarini -, che ha un po' trascurato il titolo di fondo, il wel-

fare generativo del nursing dal volto nuovo fra infermiere di famiglia e "educazione" del paziente, per delineare, fra non poche provocazioni, temi di stretta attualità. Intanto, il contingentamento degli infermieri.

«Da noi - ha detto Rossella Olivo (Ulss 3) - sono sotto organico. Siamo al limite. E le medicine di gruppo non partono». Pure per Giuseppe Danieli (Ulss 6) è l'ora del salto di qualità: «Più infermieri e maggiori compiti». Un allarme pure da lui: «I servizi territoriali tardano a decollare. Noi sindaci vogliamo essere più decisivi. Lo abbiamo chiesto al dg Angonese». Un ruolo che - spiega Robertino Cappelletto (Ulss 4) - nell'Alto Vicentino i sindaci hanno già.

«L'unificazione dei 2 ospedali ha portato a qualche rinuncia ma sta dando risultati. Ora si dovrà puntare all'integrazione fra medici e infermieri». Per Matteo Macilotti (Ulss 5) «infermieri formati e telemedicina saranno gli elementi dirimenti della sanità dei prossimi anni». ●

Ne servono molti di più e dobbiamo dare più competenze professionali
DOMENICO MANTOAN
DIRETTORE SANITARIO VENETO

© RIPRODUZIONE RISERVATA

ELEZIONI. Rinnovati i vertici dell'Ipsavi

Collegio infermieri Nuove cariche per seimila iscritti

Pegoraro confermato presidente
«Non si risparmi sul personale»

Sono stati rinnovati i vertici dell'Ipsavi, il Collegio degli infermieri della provincia, che raccoglie quasi sei mila iscritti suddivisi in tre Albi: Infermieri, Infermieri Pediatrici e Assistenti Sanitari.

Per il triennio 2015-2017 è stato riconfermato alla presidenza Federico Pegoraro, mentre alla vice presidenza è stata nominata Sonia Dal Degan, consigliere uscente riconfermata come i colleghi Barbara Pozza (Segretario), Leila Barreto e Stefano Bigarella. Sono 14 i nuovi componenti: Francesca Barbieri (Tesoriere), Flavio Baccarin, Moreno De Munari, Oscar Gheno, Sonia Marante, Gaetana Pagliuso, Arianna Saugo, Luca Scarato, Michele Thiella, e Patrizia Vezzano. Consiglio dei Revisori dei Conti: Massimo Menti (Presidente), Antonio Battilana e Fabio Barbarigo. Revisore Supplente: Roberta Sartori.

«Il compito dell'ordine è duplice: tutelare le professioni infermieristiche e la garanzia del diritto di salute dei cittadini. Funzioni tutt'altro che scontate - come sottolinea Pegoraro - in questi tempi di continui tagli alla sanità pubblica. Recenti studi in Italia e all'estero, pubblicati nella letteratura del settore, hanno dimostrato che la carenza di personale in-



Infermieri in corsia

fermieristico, i blocchi del turn over o il sovraccarico di lavoro, producono come prima conseguenza un aumento del rischio di mortalità di almeno il 7%. Meno personale più risparmio, forse, ma anche meno qualità del servizio e sicurezza dei pazienti. Ed è per questo che ribadiamo con forza la nostra proposta: si aggrediscano le duplicazioni esistenti di centri decisionali, di funzioni e strutture che non danno risposte ai veri bisogni dei cittadini e che assorbono risorse e penalizzano l'equità di accesso alle cure». ●

SANITÀ. L'Ipasvi contesta il contratto di esercizio siglato dalla Regione, denuncia l'esclusione subita e minaccia ricorsi

Ambulatori h24, infermieri all'attacco

Il collegio: «L'intesa vale 100 milioni e ha sapore pre-elettorale: valutiamo azioni alla Corte dei Conti»

Franco Pepe

«Il contratto di esercizio siglato dalla Regione con i medici di base ha un forte odore di accordo pre-elettorale». Il presidente di Federico Pegoraro, presidente dell'Ipasvi di Vicenza, il collegio degli infermieri, è senza veli. Altrettanto esplosiva la bordata di Luigino Schiavon,

presidente del coordinamento regionale degli Ipasvi del Veneto: «Sì, quei 25 milioni di euro annui per 4 anni, dati alla vigilia delle elezioni a un solo gruppo professionale per attivare le medicine di gruppo integrate, puzzano...».

All'Ipasvi quell'accordo firmato dall'assessore regionale alla sanità Luca Coletto con quattro sigle sindacali dei medici di famiglia - Fimmg, Snam, Smi, Intesa Sindacale - non va giù. «Una cosa del genere fa venire parecchi dubbi», spiega Pegoraro. Cento milioni sono una grossa somma.

Non vogliamo fare strumentalizzazioni, ma sarebbe stato meglio usare quei soldi per dare risposte ai bisogni dei cittadini». «Se si deve fare una revisione dei servizi territoriali», dice Schiavon - non esiste che l'intesa si faccia con una sola componente professionale e quattro sindacati. La sanità non deve essere oggetto di contrattazione ma progetto condiviso». La denuncia di Schiavon è anche sui contenuti: «Come si fa a non coinvolgere gli infermieri? Avevamo chiesto di essere ascoltati in commissione e invece, con la giusti-



Il collegio infermieri contro la Regione sulle medicine di gruppo

ficazione che gli oggetti da discutere in questa riunione di fine legislatura erano tanti, ci hanno ignorati e l'intesa è stata approvata in 45 minuti. Eppure le medicine di gruppo integrate prevedono la nostra presenza. Ma non è la stessa Regione a dire che in Veneto mancano 800 infermieri per i servizi territoriali? Vogliono farci credere che così si risolverà il problema dei codici bianchi del pronto soccorso. Se i medici riceveranno solo su appuntamento cosa cambierà?». I dubbi affiorano anche su un altro fronte: «Non sappiamo», spiega Schiavon - che tipo di contratto avranno gli infermieri che verranno reclutati. Il pericolo è che si vada a pescare fra i giovani neolaure-

ati per sottopagarli. Come Collegio vigileremo. Se necessario attiveremo Ispettorati del lavoro e Nas». In questa battaglia l'Ipasvi, che rappresenta 35 mila infermieri veneti (5.800 vicentini) non è solo. «Cisl, Cgil, Uil, i pensionati confederali non condividono l'accordo, stanno raccogliendo firme», dice Pegoraro. «Noi abbiamo chiesto un tavolo urgente all'assessore Coletto, ma dopo 15 giorni ancora nessuna risposta. Non siamo un sindacato, ma non ce ne staremo zitti. Il sospetto è che si stiano andati contro il patto di stabilità. È materia di Corte dei conti. Chiederemo ai nostri consulenti di valutare se ci siano margini di ricorribilità». ■

Infermieri in fuga: uno su 3 all'estero

Assunzioni a rilento e turn over bloccati. E i sindacati: un fallimento il piano sanitario

VICENZA (e.r.) Laurearsi a Vicenza o, comunque in Veneto, e subito partire per l'estero, dove sembra possibile poter indossare in fretta guanti e camice. Mentre qui per lavorare come infermiere si deve attendere un concorso e lo scorrimento della graduatoria. «C'è un periodo di latenza di circa due anni tra la laurea e l'impiego - conferma Federico Pegoraro, presidente del Collegio Ipasvi di Vicenza - con un trenta per cento di domande di lavoro verso l'estero. Questo significa che noi spendiamo risorse per formare infermieri che poi se ne vanno». La meta più a portata di mano sembra essere l'Inghilterra, che manda direttamente qui consulenti per il «reclutamento». La questione del rallentamento delle assunzioni l'ha ben presente anche il direttore dell'Area Sanità e Sociale della Regione, Domenico Mantoan, affermando che è «negli obiettivi del piano socio sanitario aumentare il numero degli infermieri. L'allungamento dell'età pensionabile ci ha bloccato su questo fronte. C'è stato poi il blocco del turnover in alcune Regioni, con il risultato che ci sono stati pullman di infermieri arrivati da tutta Italia per fare il concorso qui. Credo, comunque, sia una difficoltà passeggera». La professione dell'infermiere, con le ultime novità e i nodi da sciogliere, è stata al centro della tavola rotonda organizzata ieri dall'Ipasvi provinciale in occa-

sione della giornata dell'infermiere. Con il presidente del Collegio degli infermieri, che rappresenta circa 5.800 iscritti, Mantoan, i referenti delle conferenze dei sindaci delle quattro Usl vicentine e il portavoce del Tribunale del Malato, si sono confrontati sulle nuove frontiere della professione. Intanto, i sindacati uniti definiscono il piano socio sanitario «un fallimento completo», col-

pa di «investimenti e volontà concrete che mancano». Emerge una situazione «preoccupante, dove gli obiettivi prefissati nel 2012 sono stati raggiunti solo in parte». In provincia su un totale di 516 posti letto in strutture intermedie previste ne sono stati attivati 420, mentre sul fronte della medicina integrata «su 567 medici coinvolti solo la metà».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



In attesa Molti infermieri attendono anni in graduatoria

La nostra salute
Medicina di gruppo, gli infermieri protestano
«Non siamo stati coinvolti»



VICENZA Infermieri sul piede di guerra. «L'intesa che la Regione ha siglato con i soli sindacati dei medici, per la medicina di gruppo integrata, piazza molto di finanziamento pre-elettorale», attacca Luigino Schiavon, presidente del coordinamento Collegi Infermieri del Veneto (Ipasvi), che ieri ne ha parlato a Vicenza in rappresentanza dei 2500 vicentini della categoria. Palazzo Balbi ha concordato con tutti i sindacati dei medici - Fims, Snam, Smi e Intesa Sindacale - un accordo per l'aggregazione dei medici in apposite strutture di medicina di gruppo integrata (Mgi) finalizzate a garantire ai cittadini presenza medica, infermieristica e amministrativa durante il giorno. «L'accordo stanza 25 milioni della regione per 4 anni. Odora di intesa pre-elettorale - insiste Schiavon - è assurdo che su un tema del genere un solo gruppo professionale sia l'unico interlocutore. Vogliamo risposte dall'assessore alla Sanità Luca Coletto, vogliamo incontrarlo. Anche la quinta commissione regionale che ha appesato l'intesa, a cui manca solo la firma della Giunta, deve spiegare». L'accordo prevede che le strutture di medicina di gruppo abbiano un infermiere ogni 2500 pazienti «e un impiegato amministrativo ogni 2.000 pazienti. Per noi anche questo è un controsenso. Inoltre, la Regione dice così si risolveranno i codici bianchi: ma non si capisce come, visto che comunque i medici riceveranno su appuntamento». L'Ipasvi sottolinea il rischio «che in conseguenza di questo accordo venga reperito personale infermieristico sottopagandolo - conclude Federico Pegoraro, vicepresidente regionale del coordinamento - La Regione dovrebbe piuttosto puntare sulla medicina territoriale e nell'assistenza domiciliare». Della questione si parlerà a Vicenza il 22 maggio, con il Area Sanità della Regione Domenico Mantoan.

A.A.I.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



COLLEGIO PROVINCIALE DI
VICENZA

www.vicenzaipasvi.it

e-mail: vicenzaipasvi@vicenzaipasvi.it

PEC: vicenza@ipasvi.legalmail.it

**RASSEGNA
STAMPA**

**INFERMIER
INFORMATI**

notizie dal collegio

INFERMIER