

SCRIPTA MANENT - Anno XVI n. 54 - Aprile 2010 - Spedizione in abbonamento postale - art. 2 comma 20/c l.662/96 - BG

IPASVI - SCRIPTA MANENT 54

12 maggio

giornata  
internazionale  
dell'Infermiere



IPASVI

# Scripta Manent

n.54



Notiziario a cura del Collegio IPASVI Bergamo

# Sommario

<i>Chi sono gli infermieri?</i>	
Editoriale a cura della Presidente Beatrice Mazzoleni	3
<i>Infermieri in farmacia: "pasticcio" all'italiana!</i>	
A cura di Simone Forghieri	5
<i>Lettera "Sulla questione infermieristica in Lombardia"</i>	6
<i>Lettera "La persona nel fine vita": la posizione dell'IPASVI</i>	10
<i>Legge "Calabrò" sul fine vita: e gli Infermieri?</i>	
A cura di Ilaria Porto	14
<i>Il rifiuto al trattamento sanitario: il ruolo dell'Infermiere</i>	
A cura di Simone Jamoletti	16
<i>26/05/2010 - Le possibilità professionali dell'Infermiere</i>	19
<i>12 maggio: il Convegno Provinciale</i>	20
<i>Borse di studio anno 2010</i>	22
<i>Gestione del cavo orale nel paziente intubato</i>	
A cura di Marco Ghidini	24
<i>Nursing FAD</i>	26
<i>L'ospedale del futuro (prima parte)</i>	
A cura di Salvatore Piliero	27
<i>Manuale per la sicurezza in sala operatoria: raccomandazioni e check list</i>	
A cura di Annamaria Dorigatti	36
<i>Attendendo il nuovo ECM!</i>	
A cura di Beatrice Mazzoleni	38

## **Semestrale del Collegio IPASVI di Bergamo**

### **Proprietà, Redazione e Amministrazione:**

**Collegio degli Infermieri Professionali, Assistenti Sanitari, Vigilatrici d'Infanzia IPASVI Bergamo**

Via Borgo Palazzo, 81 - 24125 Bergamo

Tel. 035.217090 - Fax 035.236332 - E-mail collegio@infermieribergamo.it

**Registrazione:** Autorizzazione Tribunale di Bergamo n.12 del 14 maggio 1994

**Direttore Responsabile:** Beatrice Mazzoleni

**Responsabile della Redazione:** Massimiliano Russi

**La Redazione:** Alessandro Bassi, Dolores Belometti, Annamaria Dorigatti, Stefano Ghilardi, Zaccheo Giupponi, Simone Jamoletti, Marina Lanzi, Beatrice Mazzoleni, Marco Mazzoleni, Simona Plebani, Ilaria Porto, Massimiliano Russi, Flavia Zanella.

**Responsabile sito internet:** Gian Luigi Bena

**Progetto grafico:** Gierre srl - Via A. Corti, 51 - Bergamo - Tel. 035.4243057

**Stampa:** Novecento Grafico s.r.l. - Via Pizzo Redorta, 12/a - Bergamo - Tel. 035.295370

Per partecipare attivamente alle iniziative del tuo collegio, iscriverti ai corsi di aggiornamento, ricevere in tempo reale le informazioni riguardanti il mondo infermieristico, puoi iscriverti alla **mailing-list** accedendo al nostro sito ([www.ipasvibergamo.it](http://www.ipasvibergamo.it)) e consultando la sezione dedicata.

**Orario apertura uffici:** lunedì, martedì, giovedì, venerdì (9.30 - 12.00 / 13.30 - 17.00). **Giorno di chiusura:** mercoledì

Si ricorda che è possibile certificare l'iscrizione all'albo mediante **autocertificazione** (DPR 28/12/2000 n.445).

Per poter esercitare questo diritto il cittadino deve ricordare che:

- ci si può avvalere dell'autocertificazione solo nel rapporto con le Amministrazioni pubbliche dello Stato, con le Regioni, i Comuni, gli Enti di diritto pubblico.
- La legge prevede severe sanzioni penali per chi attesta false attestazioni o mendaci dichiarazioni.

# Editoriale

## Chi sono gli infermieri?

*Editoriale a cura della Presidente Beatrice Mazzoleni*

Il 13 agosto 1910, a Londra, moriva Florence Nightingale, considerata la fondatrice del nursing moderno.

Nel 2010, dopo cento anni dalla scomparsa della "signora della lanterna", chi sono gli infermieri e qual è la loro immagine? Come vede l'assistenza la maggior parte delle persone? Come vengono visti gli infermieri che erogano l'assistenza? Il cittadino comprende veramente cosa fanno gli infermieri e cosa presuppone questa professione? Il pubblico conosce il processo formativo necessario per produrre il tipo di infermiere che si occuperà di lui? Comprendono il tipo di conoscenze e abilità scientifiche, emotive e sociali alle quali gli infermieri ricorrono per svolgere la professione assistenziale? Quante volte, come professionisti, ci siamo posti queste domande e quante volte ci siamo ritrovati ad avere una risposta negativa. Ma perché questa realtà?

Analizziamo l'attuale situazione dell'immagine sociale dell'infermiere: la maggior parte delle persone - e questo include purtroppo troppi infermieri! - crede che infermieri si nasca e non che si divenga attraverso una specifica formazione.

La maggior parte dei pazienti non conosce le risorse, le strutture sociali e quelle organizzative che devono essere messe a disposizione affinché gli infermieri possano erogare un'assistenza di qualità.

Ed è proprio questa situazione di non conoscenza da parte del cittadino (e talvolta dei professionisti stessi), che priva gli infermieri di quel genere di ricompense che potrebbero portare i colleghi a sentirsi orgogliosi di appartenere alla professione.

La possibilità di ottenere un'immagine adeguata a livello sociale e il conseguente riconoscimento, senza nulla togliere alle ulteriori criticità della professione, è stato motivo di lungo dibattito all'interno del Consiglio Direttivo della Provincia di Bergamo, in seguito soprattutto alle sollecitazioni provenienti dagli iscritti stessi, che spesso si sentono frustrati nella loro attività. L'incontro, in occasione di un evento formativo, con la signora Suzanne Gordon\*, giornalista freelance statunitense, ci ha portato ulteriormente a riflettere sull'idea di infermiere che noi stessi trasmettiamo verso l'esterno.

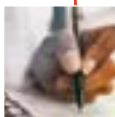
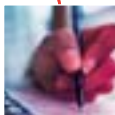
L'immagine affettuosa dell'infermiere, che alcuni infermieri trovano così critica per la loro identità professionale, infatti, può minimizzare le conoscenze e le abilità che gli infermieri portano al sistema sanitario e assistenziale. Se il pubblico non conosce che cosa fanno gli infermieri non può capire il contributo che un infermiere con formazione ed esperienza porta all'assistenza ai malati.

Siamo in un periodo storico in cui è divenuto molto importante comunicare il messaggio pragmatico che infermieri formati in università e con esperienza aggiungono un grande valore all'assistenza ai malati.

L'invisibilità della nostra professione agli occhi del pubblico non è un problema nuovo per gli infermieri. Da tempo il nostro ruolo insostituibile nell'erogazione dell'assistenza non ha avuto la dovuta visibilità. Tuttavia, oggi questo aspetto merita una riflessione in più. Avere un'immagine consolidata presso l'opinione pubblica, i pazienti e le persone

**FLORENCE  
NIGHTINGALE**  
Firenze 12  
maggio 1820 -  
Londra 13  
agosto 1910





con cui operiamo ogni giorno non è una questione di mera apparenza, un bisogno di essere presenti. Al contrario, come afferma la signora Gordon, un'immagine positiva della professione infermieristica può influire profondamente sulla qualità dell'assistenza sanitaria. Riteniamo che la gente debba sapere l'estensione delle conoscenze scientifiche e mediche di cui gli infermieri hanno bisogno per esercitare la loro professione in sicurezza. Il pubblico deve apprezzare l'elevato sviluppo delle abilità di comunicazione interpersonale che è richiesto dal doversi relazionare con persone in momenti della vita critici e impegnativi.

L'utente deve comprendere quali straordinarie abilità logistiche e gestionali sono necessarie per erogare assistenza infermieristica e coordinare e organizzare il lavoro di altri. Il pubblico deve sapere che gli infermieri sono professionisti abituati a svolgere alla perfezione e in sicurezza diverse attività contemporaneamente. Questo è ciò di cui gli infermieri dovrebbero parlare.

Troppo spesso si omette di parlare dei legami fra l'assistenza infermieristica e la diminuzione di infezioni ospedaliere, di cadute, complicazioni da decubito, embolismo polmonare e morti in ospedale, tutte cose che gli infermieri contribuiscono ad evitare, puntando soprattutto su un'immagine di affidabilità, umanitarismo, dedizione, comprensione ed empatia. Così facendo si banalizzano le complesse abilità che un infermiere acquisisce con la formazione e l'esperienza, limitandole ad una semplice missione. È necessario parlare della nostra conoscenza di medicina e il fatto che partecipiamo attivamente al processo di cura, all'innovazione medica, alla diagnosi e al trattamento, raccontando le nostre esperienze ed essendo chiari in merito a quello che facciamo e al perché lo facciamo.

Per tali motivi il Collegio IPASVI ha pensato di progettare un percorso che valorizzi la professione, portando verso i colleghi e verso il cittadino la possibilità di farsi conoscere per modificare l'idea attualmente ancora largamente diffusa del "vecchio infermiere". L'intenzione, a cento anni dalla morte di F. Nightingale, è di stimolare i colleghi ad essere più orgogliosi e a sviluppare un senso di appartenenza alla professione, talvolta assente e di "educare" il cittadino su come considerare l'infermiere, portandolo a conoscenza della professione stessa. Tale percorso si svolgerà sia a livello provinciale che a livello nazionale, attraverso l'organizzazione di **eventi formativi accreditati nelle giornate del 12 e 26 maggio**, attraverso il contatto con la popolazione in eventi provinciali, alla partecipazione a trasmissioni televisive e alla collaborazione con i quotidiani provinciali. Per il prossimo futuro, inoltre, come approvato dall'assemblea degli iscritti 2010, si provvederà ad individuare una sede nuova per il Collegio provinciale, che possa essere acquistata e che divenga per iscritti della nostra provincia un luogo da poter vivere e utilizzare per le proprie necessità formative, di ritrovo e di evoluzione professionale. A livello nazionale, in data 16 maggio, si realizzerà la presentazione **dell'emissione di un francobollo dedicato alla figura dell'infermiere**, progetto voluto dal Ministro dello sviluppo economico On. Claudio Scajola, in collaborazione con Poste Italiane.

L'emissione è prevista in concomitanza ad una maratona organizzata in quella giornata finalizzata alla raccolta di fondi per la prevenzione dei tumori al seno, alla quale nel 2009 hanno partecipato 43 mila persone. Un importante momento quindi di visibilità per gli infermieri, che non si limiterà alla settimana del 12 maggio "giornata internazionale dell'infermiere", ma proseguirà in altre iniziative sul territorio provinciale, perseguendo nell'obiettivo di fornire agli infermieri bergamaschi e italiani un'immagine della propria professione reale e che rispecchi l'attività intellettuale che ognuno di noi ogni giorno espleta nel proprio ambito.

A tutti i colleghi l'invito quindi di festeggiare con noi gli infermieri e la nostra professione e a collaborare nello sviluppo della nostra immagine perché possiamo riconoscerci e farci riconoscere per chi realmente siamo e per cosa realmente offriamo al cittadino.

Auguri a tutti a nome del Consiglio Direttivo, del Collegio Revisore dei Conti e di tutti quei colleghi che collaborano attivamente attraverso le commissioni di lavoro.

\* Suzanne Gordon è giornalista e autrice freelance dal 1970. Scrive di cultura politica, tematiche inerenti le donne, gli infermieri e l'assistenza infermieristica e sanitaria. In totale ha scritto o ha curato la pubblicazione di 12 libri.

## Infermieri in farmacia: "pasticcio" all'italiana!



A cura di Simone Forghieri

"La farmacia deve diventare sempre di più una farmacia di servizi, dove vengono erogate prestazioni utili e necessarie ai cittadini".

Per questo era stata accolta benevolmente qualche mese fa la proposta di inserire gli Infermieri nelle farmacie.

Ma oggi lo schema del Decreto legislativo illustrato alla Commissione Igiene e sanità di Palazzo Madama dal relatore Luigi D'Ambrosio Lettieri (Pdl), ha cambiato posizione, prevedendo la presenza degli Infermieri solo per quanto si attiene all'assistenza domiciliare, togliendo di fatto questa figura professionale dalla farmacia.

"Con questa limitazione, non indicata dalla delega e di cui non esiste base giuridica o professionale, si depotenzia la grande carica innovativa che questa normativa potrebbe avere a vantaggio dei cittadini", afferma Annalisa Silvestro, presidente nazionale dei Collegi Ipasvi. Il testo attuale, contrariamente al disegno originario, limita per le farmacie la possibilità di attuare servizi come le vaccinazioni o le medicazioni di primissimo soccorso in compresenza della figura professionale di riferimento.

Una posizione, quella di Silvestro, pienamente condivisa da Andrea Mandelli, presidente della Federazione degli Ordini dei Farmacisti Italiani. "È la conferma che la proposta che avevamo avanzato, poter contare sugli Infermieri nelle farmacie di comunità, risponde a un reale bisogno di salute della collettività, un bisogno che è ben presente a tutte le professioni sanitarie vicine al cittadino". Gli Infermieri italiani criticano il Decreto legislativo sui servizi in farmacia, che riduce significativamente la possibilità di ottenere prestazioni infermieristiche direttamente all'interno delle farmacie:



"L'attuale testo del Decreto legislativo - afferma Annalisa Silvestro, presidente dell'Ipasvi - svuota di significato la presenza degli Infermieri in farmacia, prevedendo di fatto prevalentemente l'assistenza domiciliare. Con questa limitazione, non indicata dalla delega e di cui non esiste base giuridica o professionale, si depotenzia la grande carica innovativa che questo decreto potrebbe avere a vantaggio dei cittadini".

Il Decreto legislativo sui nuovi servizi erogati dalle farmacie di comunità è stato approvato in via preliminare dal Consiglio dei Ministri lo scorso 31 luglio ed è adesso al vaglio delle Commissioni competenti del Senato e della Camera. Contrariamente alle aspettative, il testo limita per le farmacie la possibilità di avvalersi di Infermieri per lo svolgimento delle prestazioni infermieristiche tra cui anche le vaccinazioni. A tale prospettiva si erano dichiarati contrari i medici di famiglia.

"Siamo di fronte a un pasticcio, causato forse dal fatto che si è voluto dare riscontro a gruppi evidentemente poco interessati all'opportunità che i cittadini fruiscono di un servizio infermieristico capillare, come quello garantito attraverso le farmacie", afferma Silvestro. "Noi comunque ci batteremo affinché, nella versione finale del Decreto che verrà rinviato al Governo, cadano queste immotivate limitazioni all'attività degli Infermieri e venga assicurato un servizio che risponda alle esigenze dei cittadini". Si manifesta per l'ennesima volta l'egemonia politica dei medici di base, che in questo caso più che mai, oltre a scontrarsi con il gruppo compatto e solidale di Infermieri-farmacisti (più di 400 mila... ndr), agisce, per interessi personali, a discapito del bene e della salute dei cittadini. Siamo sempre più fiduciosi che un vento di rinnovamento inizierà a soffiare.



**Pubblichiamo integralmente la lettera inviata all'Assessore Regionale alla Salute  
Luciano Bresciani dal Coordinatore Regionale Nursind Donato Carrara**

## ***Sulla questione infermieristica in Lombardia***

*Lettera a cura del Coordinatore Regionale Nursind Inf. Donato Carrara*

Prot. N° 1122009

Alla cortese attenzione  
**Dott. Luciano Bresciani**  
Assessore alla Salute  
Regione Lombardia

Egregio Assessore,

con lo sviluppo e la crescita professionale-intellettuale avvenuto nell'ultimo decennio da parte dei professionisti dell'assistenza, è andata via via affermandosi la consapevolezza dell'ormai imprescindibile necessità che a rappresentare anche sindacalmente la professione infermieristica, non possano che essere gli stessi Infermieri, tramite un sindacato di categoria quale noi siamo. Dal 1998 ad oggi questa crescita è stata continua ed inarrestabile, tale che in alcune aziende ospedaliere il nostro peso ha di gran lunga superato quello dei sindacati tradizionali del comparto. Il prossimo futuro ci vedrà sempre più affermati, visto che i 49.000 Infermieri e ostetriche impiegati in Lombardia, costituiscono il 56% dei dipendenti di tutto il comparto della sanità pubblica e privata.

Abbiamo assistito all'attenzione e ai cambiamenti che la nostra Regione ha compiuto nella gestione e organizzazione delle strutture sanitarie, in particolare nell'affermazione dei SITRA e nell'inserimento degli OSS. Per entrambi c'è ancora molto da fare. L'attuale sproporzione tra il numero dei collaboratori e delle complessità che comportano, addossata ad un unico dirigente (1 solo dirigente infermieristico di struttura complessa a dirigere 2.000 persone!!), stride e stona con i numeri di gran lunga molto più esigui gestiti dai dirigenti amministrativi e medici. Ben venga dun-

que un riequilibrio, con un sostanziale **allargamento degli incarichi dirigenziali infermieristici**, capaci di sviluppare sperimentazioni, formazione e ricerca oltre che la gestione delle complessità assistenziali.

C'è ancora molto da fare soprattutto sul versante degli **incentivi ai giovani** nell'abbracciare la professione infermieristica e sull'aumento dei posti per le nuove matricole universitarie. Il recente decreto del MIUR ha elevato di 1.000 posti gli accessi ai corsi di laurea in Italia; di questi, solo 20 hanno riguardato la nostra regione, in particolare a Brescia.

La dedizione ed il sacrificio che gli Infermieri hanno saputo dare a piene mani al Servizio Sanitario Lombardo, dal '98 ad oggi, ha consentito alla Lombardia di essere tra le prime regioni italiane in termini di efficienza e di gestione oculata della spesa sanitaria senza produrre deficit di bilancio. **Gli Infermieri, a differenza di altre figure del comparto, non solo non hanno ostacolato il cambiamento, ma lo hanno anche governato.** Anziché subirlo, hanno saputo dimostrare di essere attaccati al proprio mandato professionale, mettendosi in discussione e sperimentando il nuovo che avanzava. Tutto ciò, anche sacrificando professionalità e competenze acquisite in ambito specialistico, a favore di un **nuovo modello assistenziale** più flessibile, capace di erogare al contempo numeri e qualità, a vantaggio dei servizi al cittadino. Ma non hanno avuto niente in cambio, solo maggior stress lavorativo e **scarsi o nulli riconoscimenti.**

La "fortuna" di un sistema sanitario regionale come il nostro sta proprio in questa spassionata dedizione professionale di persone che hanno scelto questo ruolo non certo per diffi-

## Sulla questione infermieristica in Lombardia



coltà economiche o per mancanza di alternative di posti di lavoro, ma grazie ad una libera scelta personale di dedicarsi all'assistenza. Libertà che oggi è sempre più compromessa dai cambiamenti generazionali e culturali, oltre che dalla difficoltà ad affermarsi nella cultura popolare, della **rilevanza sociale della professione infermieristica**.

Ancora una volta, i dati del Ministero del Lavoro e di Unioncamere 2009, ci confermano al primo posto assoluto tra le professioni intellettuali più ricercate dal mercato del lavoro. Non bastano gli Infermieri provenienti dall'estero e nemmeno la migrazione dal sud del paese. Il recente Rapporto Oasi 2009 del Cergas Bocconi, conferma le nostre previsioni già elaborate nel 2006 e presentate nel corso di un'audizione in Senato. Siamo assistendo impotenti **all'invecchiamento dell'età media lavorativa** e all'innalzamento dell'età pensionabile a 65 anni per le donne, senza che sia stato tenuto conto delle caratteristiche stressanti ed usuranti del nostro lavoro e che le Infermiere sono l'85% della categoria.

Nell'ormai lontano novembre 2007 il presidente Formigoni si dichiarò pronto a distribuire **risorse aggiuntive agli Infermieri** per contrastare la mobilità dei professionisti verso le regioni da dove erano emigrati. Non si trattava di una grossa cifra, ma di un segnale importante e una speranza, purtroppo andata delusa. Quei finanziamenti furono spalmati sull'intero comparto, grazie alle insistenti richieste dei sindacati storici ai quali dobbiamo l'attuale appiattimento delle retribuzioni. 18 € mensili per i turnisti e 8 € per i giornalieri non possono essere considerati un "incentivo"!

Appiattimento al quale ha contribuito anche **la sparizione dei fondi dell'art. 40** del CCNL, destinati a premiare gli Infermieri che raggiungevano i 20, 25 e 30 anni di servizio. Fondi che dal 2000, le aziende non hanno accantonato né messo a bilancio, come avrebbero dovuto, e che ad oggi, in un'azienda tipo di 3.000 dip. hanno raggiunto quota 2 mil. Come possono sentirsi incentivati i giovani ad abbracciare la nostra professione se, tanto per fare un raffronto con i metalmeccanici, il contratto di questi ultimi, prevede uno scatto di anzianità di 50 € ogni due anni!

Come possono sentirsi incentivati i giovani Infermieri se, nelle nostre aziende, l'appiattimento è visibile macroscopicamente anche solo dall'aspetto delle divise del personale: indifferenziate tra chi ha la responsabilità dell'assistenza e chi no! Un semplice cartellino di riconoscimento od una striscetta colorata, non sono sufficienti al cittadino per evidenziare immediatamente con quale operatore si stia relazionando. Anche per questa problematica, la Regione potrebbe impartire delle disposizioni precise alle proprie aziende, se non con un'uniforme, ma che sia almeno scritto a chiare lettere e **ben visibile sulla divisa la scritta INFERMIERE**.

Gli Infermieri hanno apprezzato la circolare del D.G. Sanità riguardo all'interpretazione della sentenza della Cassazione circa **il tempo che gli Infermieri impiegano per la vestizione/svestizione** che debba essere consi-

L'analisi del Cergas Bocconi



## Sulla questione infermieristica in Lombardia

derato incluso nell'orario di lavoro. Ma occorre passare dalle parole ai fatti. Riconoscere tale diritto estendendolo a tutta la Lombardia, comporta per la Regione un impegno all'aumento delle dotazioni organiche di circa 70 Infermieri per azienda. In caso contrario, il contenzioso giuridico che ne potrebbe conseguire, esporrebbe le aziende ad un esborso ancora maggiore, a causa delle richieste di indennizzo quinquennale di arretrati.

Occorre **valorizzare di più la professione** e in particolar modo chi garantisce l'assistenza nelle 24 ore. Vanno anche valorizzati i **Master clinici** che contribuiscono a migliorare l'assistenza e ridurre i tempi di degenza e quindi i costi a carico del SSR.

Occorre quindi che la Regione sfrutti al meglio i 35 milioni di euro delle RAR, o in alternativa, finanzia esclusivamente un cospicuo incentivo alla categoria.

Nelle aziende ospedaliere dove lavoriamo e facciamo sindacato, l'aspetto più avvilente in assoluto è il constatare la fuoriuscita dal lavoro di colleghe giunte alla seconda maternità, che non riescono a conciliare i doppi ruoli di **mamma/Infermiera**. La prima quota del 25% per i **part time** si è saturata in soli due anni. La si è allargata di un ulteriore 10% destinato ai casi con gravi motivi personali, ma anche questa quota ora langue, lasciando a disposizione ogni anno per le nuove necessità, pochi posti che si contano sulle dita. Questa condizione è però tipica solo del personale infermieristico. Le altre figure del comparto non hanno mai raggiunto la prima quota del 25%.

Alle giovani Infermiere con due figli che chiedono un orario di lavoro compatibile con la cura della propria prole, **le aziende non sanno più cosa rispondere**. I posti di giornata sono occupati da personale logorato da anni di assistenza nelle corsie e con serie

motivazioni di salute. Ma anche in quei casi non si tratta certo di attività lavorative meno "impegnative", anzi, i day surgery, i day hospital e gli ambulatori sono assimilabili sempre più a catene di montaggio industriali dove l'usura da spostamento di carichi e da stress tipico delle *help professions* e la responsabilità professionale non mancano.

La risposta che ormai va per la maggiore nelle Direzioni Infermieristiche a chi chiede di non fare più le notti è tragica: **il licenziamento!**

Occorre che le aziende adottino dei piani adatti a gestire al meglio **il rientro dalla maternità**, riservando posti di giornata a tempo, almeno fino al raggiungimento del terzo anno d'età dei figli. Ma non basta. Occorre che in tutte le aziende vi siano **asili nido** riservati alle Infermiere ed aperti in sintonia con i turni di lavoro. Occorre anche che la Regione finanzia progetti appositi non solo per la costruzione delle strutture, bensì **per abbassare i costi delle rette**. 800 € sono impossibili da sostenere con i nostri stipendi. Per chi è fortunato e può accedere agli ormai scarsi finanziamenti comunali, la quota scende a 600 € ma sono sempre troppi! Occorre dunque ripensare anche l'istituto del part time, offrendo nuove opportunità.

Alcune uscite da questa situazione potrebbero essere rappresentate dalle nuove prospettive della funzione infermieristica, quali **l'Infermiere in farmacia**, recentemente approvato in Parlamento, anche se la norma non è stata definita come l'aveva promessa il Sottosegretario alla Salute F. Fazio. Ma l'autonomia regionale potrebbe migliorarla. Questo è un altro impegno che Le chiediamo. L'Infermiere in tutte le farmacie consentirebbe di ar-





## Sulla questione infermieristica in Lombardia



ticolare con più efficacia sul territorio la somministrazione di prestazioni sanitarie di base che ora finiscono per intasare gli ospedali e i Pronto Soccorso. Gli orari di apertura delle farmacie sono compatibili con la cura dei figli minori. Se ne avvantaggerebbe anche il servizio ADI, che nella sola Lombardia si è scelto di appaltare al privato.

In qualità di rappresentanti della categoria degli Infermieri lavoratori, gradiremmo essere sentiti riguardo ai Progetti annuali legati alle RAR, per suggerire proposte che vengono dall'interno degli ospedali, affinché possano essere più concretamente adeguati alla trasformazione sanitaria in atto.

Il **Contratto della Sanità Privata** langue da 4 anni. I nostri colleghi Infermieri delle cliniche stanno sopportandone i costi senza che a loro possa essere imputata alcuna colpa. Lavorano e sostengono il Servizio Sanitario Regionale quanto gli Infermieri del pubblico, con la stessa competenza, professionalità e abnegazione.

Le chiediamo un impegno particolare affinché, come avvenuto di recente in Emilia Romagna, anche in Lombardia si arrivi alla soluzione della vertenza contrattuale con l'AIOF. Da parte nostra siamo in sintonia con quanto dichiarato dallo stesso Presidente AIOF Paolini, di pensare in futuro a un unico contratto tra pubblico e privato, almeno cominciando dagli aspetti economici, purchè sia un contratto infermieristico, come esiste da tempo in molti paesi europei.

Una prima timida disponibilità da parte della Regione potrebbe essere quella dell'estensione delle **Risorse Aggiuntive Regionali anche agli Infermieri delle cliniche**, a condizione che le Cliniche rispettino il criterio per cui, nella gestione dei reparti appaltati, il personale sia dipendente da un unico datore di lavoro e quindi con uno stesso trattamento. Attual-

mente si assiste a reparti condotti da 12 Infermieri, di cui 3 dipendenti di una Società di Somministrazione Lavoro, 6 dipendenti di una cooperativa e 3 liberi professionisti. Situazioni pressochè difficili da gestire e fortemente discriminanti.

Lo **"Tsunami"** che si abatterà sulla sanità dal 2016 con il **pensionamento di massa** degli Infermieri assunti negli anni della Riforma Sanitaria, potrebbe essere catastrofico. E allora non basterà la precettazione, come avviene nelle giornate di sciopero; diritto di fatto negato a noi Infermieri. Non basteranno le figure di supporto nè le badanti a sostituire la garanzia di qualità assistenziale che l'Infermiere eroga a tutti i cittadini afferenti alle strutture sanitarie della Lombardia. Occorre che la politica se ne faccia carico nell'immediato, attraverso la **pianificazione del ricambio generazionale**.

Concludiamo con la richiesta di essere consultati nelle materie di legislazione sanitaria e degli accordi sindacali della Regione, anche solo informalmente, anche se di fatto, il sindacato di categoria in Lombardia ha già raggiunto e superato la soglia della rappresentatività, se si contano i soli professionisti che noi meritamente rappresentiamo.

Così pure chiediamo di avere una nostra rappresentanza all'interno dell'**Osservatorio Regionale delle Professioni Sanitarie**, per arricchirlo della nostra competenza e buona volontà oltre che del punto di vista di chi, in corsia, ci passa una vita dalla parte dell'ammalato e non ha certo scelto di fare sindacato per ragioni di comodo bensì per ragioni di dignità professionale.

La categoria tutta, con i suoi imponenti numeri, è sensibile e attenta e saprà premiare queste scelte politiche che avanziamo.

Distinti saluti.

# “La persona nel fine vita”: la posizione dell’Ipasvi

*Lettera inviata dalla presidente nazionale Annalisa Silvestro all’on. Palumbo*

On.le Giuseppe Palumbo  
Presidente della XII Commissione  
Camera dei Deputati

**OGGETTO:** Proposte di legge recanti Disposizioni in materia di alleanza terapeutica, di consenso informato e di dichiarazioni anticipate di trattamento - Memoria

Egr. Sig. Presidente

la *Federazione Nazionale dei Collegi IPASVI* ringrazia Lei e la XII Commissione Affari Sociali della Camera dei Deputati per la richiesta di una “*memoria*” sulle proposte di legge recanti “Disposizioni in materia di alleanza terapeutica, di consenso informato e di dichiarazioni anticipate di trattamento” ma vuole, contemporaneamente, manifestare il profondo disagio per una richiesta giunta dopo che la Commissione da Lei presieduta ha concluso gli incontri nei quali sono state audite, oltre alla Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici e degli Odontoiatri, numerose Associazioni e Società mediche e molteplici Associazioni di cittadini coinvolti a vario titolo in questa delicata tematica.

Gli Infermieri da sempre e quotidianamente accompagnano le persone nella fase e nel momento di fine vita, non solo attraverso le competenze tecnico scientifiche di cui sono portatori e che rendono concrete le prescrizioni e le indicazioni mediche, ma anche e soprattutto con le loro capacità di accogliere, assistere, lenire, ascoltare e comunicare.

Là dove più nulla o poco può la medicina, tanto ancora può l’assistenza infermieristica sia nei confronti del morente o di chi non sa più sperare, sia nei confronti dei familiari e delle persone di riferimento dell’assistito che vengono sostenuti “*in particolare nella evoluzione terminale della malattia e nel momento della perdita e della elaborazione del lut-*

*to*” (art. 39 del Codice deontologico dell’Infermiere).

Mal potranno comprendere, pertanto, questa scelta gli Infermieri che mi onoro di rappresentare.

Per quanto attiene le proposte di legge recanti “Disposizioni in materia di alleanza terapeutica, di consenso informato e di dichiarazioni anticipate di trattamento”, si evidenzia in premessa che gli Infermieri italiani hanno approvato nel febbraio del corrente anno il loro novellato Codice deontologico che, per quanto inerente i contenuti delle proposte di legge succitate, fornisce chiare indicazioni comportamentali:

a) per quanto attiene la relazione con la persona assistita

art. 3 “*La responsabilità dell’Infermiere consiste nell’assistere, nel curare e nel prendersi cura della persona nel rispetto della vita, della salute, della libertà e della dignità dell’individuo*”;

art. 35 “*L’Infermiere presta assistenza qualunque sia la condizione clinica e fino al termine della vita dell’assistito, riconoscendo l’importanza della palliazione e del conforto ambientale, fisico, psicologico, relazionale, spirituale*”;

art. 36 “*L’Infermiere tutela la volontà dell’assistito di porre dei limiti agli interventi che non siano proporzionati alla sua condizione clinica e coerenti con la concezione da lui espressa della qualità di vita*”;

art. 38 “*L’Infermiere non attua e non partecipa a interventi finalizzati a provocare la morte, anche se la richiesta proviene dall’assistito*”.

b) Per quanto attiene l’informazione alla persona assistita

art. 20 “*L’Infermiere ascolta, informa, coinvolge l’assistito e valuta con lui i bisogni assistenziali, anche al fine di esplicitare il livello di*



assistenza garantito e facilitarlo nell'esprimere le proprie scelte";

art. 24 "L'Infermiere aiuta e sostiene l'assistito nelle scelte, fornendo informazioni di natura assistenziale in relazione ai progetti diagnostico-terapeutici e adeguando la comunicazione alla sua capacità di comprendere";

art. 37 "L'Infermiere quando l'assistito non è in grado di manifestare la propria volontà, tiene conto di quanto da lui espresso in precedenza e documentato".

c) Per quanto attiene la modalità di assistenza

art. 14 "L'Infermiere riconosce che l'integrazione tra professionisti e l'integrazione interprofessionale sono modalità fondamentali per far fronte ai bisogni dell'assistito";

art. 27 "L'Infermiere garantisce la continuità assistenziale anche contribuendo alla realizzazione di una rete di rapporti interprofessionali e di una efficace gestione degli strumenti informativi";

art. 39 "L'Infermiere sostiene i familiari e le persone di riferimento dell'assistito, in particolare nelle evoluzioni terminali della malattia e nel momento della perdita e della elaborazione del lutto".

Ciò stante, richiamato il proprio Codice deontologico e rilevati i contenuti del Codice di Deontologia medica, gli Infermieri italiani per quanto attiene alle proposte di legge recanti "Disposizioni in materia di alleanza terapeutica, di consenso informato e di dichiarazioni anticipate di trattamento",

ritengono:

- che i rapporti tra persona assistita (e sue

persone di riferimento), medico, Infermiere ed equipe assistenziale **non** debbano essere rigidamente definiti da una legge dello stato, potenzialmente fonte di dilemmi etici, difficoltà relazionali e criticità professionali e giuridiche **ma normali dai dettati dei relativi Codici deontologici a cui dare** - come è già per il Codice deontologico dell'Infermiere - **valenza giuridica;**

- che sia di documento per l'assistito, il completo misconoscimento del rilevante rapporto che intercorre non solo tra lui ed il medico ma anche tra lui **e gli altri** professionisti sanitari a garanzia del mantenimento della presa in carico e della continuità dell'assistenza;

- che l'alleanza tra l'assistito, il medico **e gli altri** professionisti sanitari (equipe assistenziale) acquisti peculiare valore proprio nella fase di fine vita, fase in cui è di fondamentale valore il rapporto che si crea proprio tra l'assistito, l'Infermiere e l'intera equipe assistenziale,

chiedono:

- che, qualora l'iter legislativo prosegua, sia data la possibilità agli Infermieri e ai componenti l'equipe di assistenza, di avvalersi di quanto previsto nell'art. 8 del Codice deontologico dell'Infermiere che recita: "L'Infermiere nel caso di conflitti determinati da diverse visioni etiche, si impegna a trovare la soluzione attraverso il dialogo. Qualora vi fosse e persistesse una richiesta di attività in contrasto con i principi etici della professione e con i propri valori, si avvale della **clausola di coscienza**, facendosi **garante** delle prestazioni necessarie **per l'incolumità e la vita dell'assistito**".

Cordiali saluti.

## *“La persona nel fine vita”: la posizione dell’Ipasvi*

### **PRONUNCIAMENTO della Federazione Nazionale dei Collegi Infermieri**

Gli Infermieri da sempre e quotidianamente accompagnano l’assistito “nell’evoluzione terminale della malattia” e le persone a lui vicine “nel momento della perdita e della elaborazione del lutto” attraverso modalità relazionali, atteggiamenti e gesti che vogliono accogliere, ascoltare, assistere, comunicare, lenire. L’8 novembre 2009, il Consiglio nazionale della **Federazione dei Collegi Infermieri**, riunitosi in una seduta aperta anche ai rappresentanti delle Associazioni infermieristiche italiane, dopo avere analizzato il testo della proposta di legge sulle “Disposizioni in materia di alleanza terapeutica, di consenso informato e di dichiarazioni anticipate di trattamento”, anche in ragione del patrimonio esperienziale costruito accompagnando i propri assistiti nell’evoluzione terminale della malattia e nel fine vita, fasi che sono per tutti, assistiti e professionisti, ad alta intensità relazionale, emozionale e spirituale.

### **ESPRIME IL SEGUENTE PRONUNCIAMENTO**

Durante l’evoluzione terminale della malattia e nel fine vita i rapporti tra l’assistito, le sue persone di riferimento, il medico, l’Infermiere e l’équipe assistenziale non possono essere rigidamente definiti da una legge potenzialmente fonte di dilemmi etici, difficoltà relazionali e criticità professionali, ma devono essere vissuti e sviluppati secondo le norme dei Codici di deontologia professionale. **Il Codice di deontologia professionale** degli Infermieri italiani.

### **PER QUANTO ATIENE LA RELAZIONE CON LA PERSONA, RECITA:**

**art. 3** La responsabilità dell’Infermiere consiste nell’assistere, nel curare e nel prendersi cura della persona nel rispetto della vita, della salute, della libertà e della dignità dell’individuo.



## *“La persona nel fine vita”: la posizione dell’Ipasvi*

**art. 35** L’Infermiere presta assistenza qualunque sia la condizione clinica e fino al termine della vita dell’assistito, riconoscendo l’importanza della palliazione e del conforto ambientale, fisico, psicologico, relazionale, spirituale.

**art. 36** L’Infermiere tutela la volontà dell’assistito di porre dei limiti agli interventi che non siano proporzionati alla sua condizione clinica e coerenti con la concezione da lui espressa della qualità di vita.

**art. 38** L’Infermiere non attua e non partecipa a interventi finalizzati a provocare la morte, anche se la richiesta proviene dall’assistito.

### **PER QUANTO ATIENE L’INFORMAZIONE ALLA PERSONA, RECITA:**

**art. 20** L’Infermiere ascolta, informa, coinvolge l’assistito e valuta con lui i bisogni assistenziali, anche al fine di esplicitare il livello di assistenza garantito e facilitarlo nell’esprimere le proprie scelte.

**art. 24** L’Infermiere aiuta e sostiene l’assistito nelle scelte, fornendo informazioni di natura assistenziale in relazione ai progetti diagnostico-terapeutici e adeguando la comunicazione alla sua capacità di comprendere.

**art. 37** L’Infermiere quando l’assistito non è in grado di manifestare la propria volontà, tiene conto di quanto da lui chiaramente espresso in precedenza e documentato.

### **PER QUANTO ATIENE LA MODALITÀ DI ASSISTENZA ALLA PERSONA, RECITA:**

**art. 14** L’Infermiere riconosce che l’interazione tra professionisti e l’integrazione interprofessionale sono modalità fondamentali per far fronte ai bisogni dell’assistito.

**art. 27** L’Infermiere garantisce la continuità assistenziale anche contribuendo alla realizzazione di una rete di rapporti interprofessionali e di una efficace gestione degli strumenti informativi.

**art. 39** L’Infermiere sostiene i familiari e le persone di riferimento dell’assistito, in particolare

nelle evoluzioni terminali della malattia e nel momento della perdita e della elaborazione del lutto.

**I Presidenti dei Collegi provinciali IPASVI**, riuniti in Consiglio nazionale e a nome degli oltre **377mila Infermieri italiani** che rappresentano, in ottemperanza al proprio **Codice di deontologia professionale**,

### **SI IMPEGNANO**

- a rispettare le scelte dell’assistito anche quando non vi fosse la capacità di manifestarle, tenendo in conto quanto espresso in precedenza e documentato;
- a sostenere la palliazione e la lotta al dolore;
- a respingere l’accanimento terapeutico.

### **AFFERMANO**

- che l’alleanza tra l’assistito e l’intera équipe assistenziale acquista ancor più peculiare valore nell’evoluzione terminale della malattia e nella fase del fine vita.

### **RIBADISCONO**

- che l’integrazione multi professionale è la modalità fondamentale per un’empatica risposta ai bisogni dell’assistito.

### **CHIEDONO**

- che, qualora non vi fossero modifiche al testo della proposta di legge sulle “Disposizioni in materia di alleanza terapeutica, di consenso informato e di dichiarazioni anticipate di trattamento”, sia data agli Infermieri la possibilità di potersi richiamare a quanto previsto nell’art. 8 del loro Codice di deontologia professionale che recita: “L’Infermiere nel caso di conflitti determinati da diverse visioni etiche, si impegna a trovare la soluzione attraverso il dialogo. Qualora vi fosse e persistesse una richiesta di attività in contrasto con i principi etici della professione e con i propri valori, si avvale della **clausola di coscienza**, facendosi garante delle prestazioni necessarie per l’incolumità e la vita dell’assistito”.



## Legge “Calabrò” sul fine vita: e gli infermieri?

A cura di Ilaria Porto

Nei primi giorni di marzo, dopo essere stato approvato in Senato, è stato definitivamente approvato all'unanimità anche dalla Camera dei deputati il Disegno di Legge n. 2350: “Disposizioni in materia di alleanza terapeutica, di consenso informato e di dichiarazioni anticipate al trattamento”, divenendo definitivamente legge.

Nella stesura di questa Legge, sono state coinvolte diverse associazioni e società mediche, associazioni dei cittadini, oltre alla Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici e degli Odontoiatri, senza però richiedere l'intervento dei rappresentanti della professione infermieristica.

Gli infermieri sono, però, da sempre quotidianamente protagonisti dell'accompagnamento alle persone nella fase terminale della loro vita, soprattutto con “le loro capacità di accogliere, assistere, lenire, ascoltare e comunicare” (A. Silvestro). Proprio là dove la medicina non trova più possibilità di guarigione della malattia, può invece la professione infermieristica trovare un ampio campo di applicazione, con un approccio alla persona assistita che preveda il coinvolgimento dell'intero entourage familiare, in particolar modo inserita in un contesto di cure palliative.

La Federazione Nazionale dei Collegi Ipasvi, attraverso un pronunciamento reso pubblico, sottolinea il contrasto tra alcune norme contenute nella proposta di Legge n. 2350 e il Codice deontologico degli infermieri italiani.

Principalmente la Legge Calabrò, così formulata non riconosce la centralità dell'individuo e della sua volontà, lasciando di fatto al medico qualunque decisione.

Il testo infatti, “se prevede che l'assistito possa manifestare ed esprimere le proprie volontà, definisce anche che tali volontà non abbiano cogenza per il medico che, oltre tutto, viene indicato come l'unico detentore di ogni deci-

sione che riguarda l'assistito indipendentemente dal parere di altri professionisti inseriti con lui nell'equipe assistenziale”. Art 1.5 La Repubblica (...), garantisce la partecipazione del paziente all'identificazione delle cure mediche più appropriate, riconoscendo come prioritaria l'alleanza terapeutica tra il medico e il paziente, che acquista peculiare valore proprio nella fase di fine vita; art. 8.3. Il medico, nel caso di situazioni d'urgenza, sentito ove possibile il fiduciario, assume le decisioni di carattere terapeutico, in scienza e coscienza, secondo la propria competenza scientifico-professionale; art 8.5. Nel caso di controversia (...), la questione è sottoposta alla valutazione di un collegio di medici (...). Tale parere non è vincolante per il medico curante, il quale non sarà tenuto a porre in essere prestazioni contrarie alle sue convinzioni di carattere scientifico e deontologico).

“Non è accettabile rimandare al medico l'unica decisione”, afferma G. Mutillo, Presidente del Collegio Ipasvi Milano-Lodi, e continua: “Si mette in discussione la dichiarazione di volontà della persona, e quindi il diritto all'autodeterminazione”. La presa in carico del malato terminale riguarda l'intera equipe di professionisti che a vario titolo collaborano per il benessere della persona, ed “è di nocumento per l'assistito, il completo misconoscimento del rilevante rapporto che intercorre non solo tra lui ed il medico, ma anche tra lui e gli altri professionisti sanitari a garanzia del mantenimento della presa in carico e della continuità dell'assistenza” (A. Silvestro).

Il nuovo Codice Deontologico degli Infermieri, che in diversi articoli tratta le tematiche di “fine vita”, relativamente alla relazione, l'informazione e le modalità di assistenza della persona nell'evoluzione terminale della malattia, tutela il rispetto delle volontà dell'assistito.

## *Legge "Calabrò" sul fine vita: e gli infermieri?*

Ed è proprio il Codice Deontologico che dovrebbe tutelare il rapporto tra la persona assistita e la sua famiglia, con il medico, l'infermiere e l'intera équipe assistenziale, a dispetto di quanto si vorrebbe pretendere da dei rigidi articoli di una legge dello Stato.

La Presidente nazionale Silvestro, ancorché la legge era in forma di disegno, citava inoltre l'art. 8 del nostro codice deontologico, concludendo che, nel caso in cui l'iter legislativo fosse proseguito, e si fosse presentata una richiesta di attività in contrasto con i principi etici della nostra professione e coi nostri valori, gli infermieri si ritroverebbero ad appellarsi alla clausola di coscienza, facendosi garanti delle prestazioni necessarie per l'incolumità e la vita dell'assistito.

In questo quadro, dove si è dimostrata da parte del Governo, la non volontà di coinvolgere la professione infermieristica, non riconoscendo la specificità nell'assistenza del malato nel fine vita, importanza rilevante potrà assumere il Pronunciamento emanato dalla FNC.

Tale documento raccoglie l'idea degli infermieri, riprendendo i contenuti del Nuovo Codice Deontologico, quale pilastro dell'attività quotidiana di ogni professionista.

L'utilizzo di tali strumenti permetterà alla categoria di dibattere e confrontarsi, al fine di fornire al mondo sanitario le proprie conoscenze e capacità, a favore del cittadino e della sua famiglia.

Anche se prosegue il tentativo di escludere gli infermieri dalle discussioni inerenti la salute della popolazione e l'assistenza della persona, gli infermieri devono proseguire nella lotta per l'affermazione della professione, in questo specifico caso quale categoria responsabile di una parte del percorso di accompagnamento della persona del fine vita.

Il Collegio per primo, continuerà a ribadire l'importanza del coinvolgimento degli infermieri nella pianificazione, nell'organizzazione e nell'attuazione delle cure assistenziali, per porre uno stop alla messa in disparte da parte di coloro che si ostinano a non riconoscerci quali professionisti autonomi e responsabili, ma soprattutto indispensabili.



# **Il rifiuto al trattamento sanitario: il ruolo dell'Infermiere**

*A cura di Simone Jamoletti*

Negli ultimi anni sempre più pazienti ricoverati nelle strutture ospedaliere negano il proprio consenso al trattamento che viene loro proposto dal Sanitario.

In questi casi si crea per il professionista sanitario un dilemma di non facile soluzione quando accettare la volontà del paziente di non effettuare il trattamento comporta pericolo di morte o di aggravamento della malattia. Il dilemma sorge perché non è facile né accettare la volontà della persona perché il mancato trattamento potrebbe consentire alla malattia di svilupparsi, né opporsi alla volontà della persona in quanto la stessa ha effettuato una scelta comunque dolorosa negando diritti fondamentali quali la dignità, la libertà e l'autonomia del paziente stesso.

È responsabilità dell'operatore sanitario valutare prima di tutto se il dissenso espresso sia valido, se cioè la persona abbia la consapevolezza delle conseguenze della scelta operata e abbia operato la scelta stessa in modo razionale.

Per quanto riguarda la consapevolezza sarà responsabilità del professionista sanitario valutare che essa sia almeno sufficiente, per fare ciò occorre che vengano presi in considerazione alcuni importanti aspetti.

Prima di tutto occorre valutare le condizioni psichiche del paziente stesso, esse possono essere ridotte e incidere sulla consapevolezza in ordine sia alla coscienza della malattia e della sua evoluzione naturale, sia alle conseguenze del trattamento. Il paziente può rifiutare il trattamento o perché sottostima la malattia o perché sopravvaluta gli effetti negativi del trattamento stesso.

È dunque fondamentale che l'operatore sanitario accerti l'eventuale presenza di malattie mentali o malattie somatiche che possono incidere su una cosciente scelta decisionale.

Possono verificarsi compromissioni delle nor-

mali condizioni psichiche anche di natura farmacologica, legate cioè all'assunzione di sostanze psicotrope per motivi terapeutici o per volontà del paziente.

Ma l'attenzione deve essere molto semplicemente portata su situazioni normalissime che possono coinvolgere la persona quali situazioni di ansia, preoccupazione, reattive alla condizione patologica in atto, esistenziali e non necessariamente patologici che impediscono la percezione del problema e la sua razionale elaborazione.

In caso di insufficiente consapevolezza della persona, derivante dalla compromissione delle condizioni psichiche di natura patologica o derivante da assunzione di farmaci, occorre che il medico valuti la possibilità di un trattamento idoneo a rimuovere le cause, se invece la mancata consapevolezza deriva da compromissione delle condizioni di natura non psichica, occorre ricorrere ad un intervento psicologico affinché si possa superare l'ansia, la rimozione o la negazione della malattia.

Il fattore tipico della consapevolezza è rappresentato dall'informazione fornita alla persona dal professionista. Fa parte del concetto di informazione il fatto che chi procede all'informazione valuti progressivamente se l'interlocutore comprenda pienamente il contenuto dell'informazione che gli viene fornita.

I classici "nodi" relativi all'informazione al paziente sono il contenuto ed il modo in cui viene fornita, altrettanto importante è la verifica dell'obiettivo e delle fasi.

Quanto al contenuto dell'informazione occorre premettere che è cura del professionista sanitario individuare il bisogno di salute della persona in modo di dare una utile risposta al bisogno individuato e altri bisogni insorgenti in funzione di eventuali atti chirurgici o procedure invasive indicate.

## *Il rifiuto al trattamento sanitario: il ruolo dell'Infermiere*

Resta fermo il concetto che l'informazione sulle condizioni biologiche è ineludibile: in particolare alla persona che rifiuta un trattamento non procrastinabile in quanto necessario per mantenerla in vita, occorre indicare esplicitamente ed assicurarsi che abbia compreso che versa in imminente pericolo di morte.

È ben noto che, sovravvive, fra i medici, la consuetudine dell'informazione parziale volta a dare importanza ai rischi dell'intervento chirurgico o del trattamento comunque invasivo, come se le altre componenti dell'informazione, relativamente almeno alla malattia di base e alla sua evoluzione fossero inutili.

Molto esplicito sul fatto che l'informazione non deve essere limitata alla sola componente medico-biologica è il Codice Deontologico degli Infermieri che contempla fra l'altro:

**art. 20** L'Infermiere ascolta, informa, coinvolge l'assistito e valuta con lui i bisogni assistenziali, anche al fine di esplicitare il livello di assistenza garantito e facilitarlo nell'esprimere le proprie scelte.

**art. 24** L'Infermiere aiuta e sostiene l'assistito nelle scelte, fornendo informazioni di natura assistenziale in relazione al progetto diagnostico-terapeutico e adeguando la comunicazione alla sua capacità di comprendere.

In particolare due passaggi, quello dell'Art.20 relativo alla valutazione congiunta Infermiere-Assistito dei bisogni assistenziali, finalizzata anche all'esplicitazione del livello di assisten-



za garantito, e quello dell'Art. 24, sulle informazioni globali, non solo cliniche, sono illuminanti e consentono di inserire l'informazione alla persona in un progetto assistenziale proiettato verso il futuro e non solo limitato ai soli bisogni clinici.

Ogni componente professionale che contribuisce al progetto di risposta al bisogno, contribuisce anche all'informazione.

Quanto alla modalità dell'informazione, è chiaro e quasi scontato che essa debba essere proposta in termini comprensibili, rispetto al livello culturale della persona ed è ovvio che essa deve tenere conto delle condizioni psichiche della persona stessa, adeguandosi ad esse senza alterare il contenuto e i tempi dell'informazione. Inoltre non è necessario che l'informazione sia fornita una volta sola alla persona, ed una volta per tutte solo nel tempo immediatamente precedente l'intervento rifiutato, il processo informativo si sviluppa necessariamente nel tempo, a tappe progressive, secondo cadenze imprevedibili e da valutare all'interno di ogni singolo rapporto tra professionista (o equipe) e paziente.

## Il rifiuto al trattamento sanitario: il ruolo dell'Infermiere

Del tutto ovvio è che il paziente sia solo il diretto interessato all'informazione, a meno che questi non indichi un'altra persona in maniera esplicita. Il diritto a non essere informato è riconosciuto dai vari codici di deontologia, nel codice degli Infermieri, all'Art. 25 recita: L'Infermiere rispetta la consapevole ed esplicita volontà dell'assistito di non essere informato sul suo stato di salute, PURCHÉ LA MANCATA INFORMAZIONE NON SIA DI PERICOLO PER SÉ O PER GLI ALTRI.

Il paziente che rifiuta il trattamento sanitario, e che con dignità espone le sue ragioni, costringe a riflettere:

- in primo luogo sulla sofferenza umana e sul significato del vivere anche nella sofferenza;
- in secondo luogo, sulla solitudine esistenziale che diventa sempre più pesante nella sofferenza;
- in terzo luogo, sull'insufficienza della presa in carico che il servizio pubblico sociale e sanitario è oggi in grado di fornire al cittadino.

Da operatori sanitari, autentici professionisti della salute, dovremmo riuscire a pensare e agire in grande, attivandoci per contribuire alla rimozione dei fattori che impediscono una

ragionevole/ragionata scelta sul cammino assistenziale da percorrere. Si tratta di un obiettivo non facilmente raggiungibile, stante l'inerzia delle Istituzioni e Legislativa ed il carico assistenziale routinario che assorbe tempo e risorse mentali al professionista.

Questo è comunque in parte un alibi, perché non ha senso essere professionisti intellettuali per sprecare proprio le risorse del nostro intelletto.

Il paziente che rifiuta il trattamento deve indurci a riflettere sulla validità della relazione che instauriamo con lui e sulla presa in carico che mostriamo di volergli garantire, nella consapevolezza professionale che l'intervento sanitario non va frammentato in piccoli atti, ma va coordinato in un progetto globale in grado di dare risposte coerenti ai bisogni della persona.

Progetti incoerenti, informazioni incoerenti, portano a risposte incoerenti da parte del paziente, sarà quindi cura dell'equipe sanitaria e specificatamente della figura dell'Infermiere specialista nel consuelling, fare in modo che il paziente possa avere tutte le risposte alle proprie domande.

**Banche degli avvisi**

✓ Si ricorda a tutti gli iscritti, che **la commissione libera professione** è dotata di reperibilità telefonica per rispondere ai pareri richiesti in tema di libera professione. Il servizio è attivo il martedì e il giovedì dalle ore 19,00 alle ore 20,00, chiamando il numero 347/3709795. Si possono inoltrare i quesiti anche direttamente presso la segreteria del Collegio stesso, chiamando il n. 035/217090, o tramite fax al n. 035/236332, o alla casella mail collegio@infermierbergamo.it Per l'anno 2010, è inoltre prevista l'attivazione di un servizio di **consulenza gratuita per i liberi professionisti** con un commercialista, presso la sede IPASVI.

✓ Prosegue l'attività di tutela professionale con la possibilità di **incontrare gratuitamente il legale** del Collegio presso la nostra sede, richiedendo un appuntamento nelle date che verranno stabilite in base alle richieste che perverranno. La richiesta dovrà essere inviata all'attenzione della collega Consigliere Gustinetti Manuela.



# **26/05/2010**

## **Le possibilità professionali dell'Infermiere**

È stato richiesto l'accreditamento ECM per **Infermiere** e **Infermiere Pediatrico**.

### **PROGRAMMA**

#### **SESSIONE MATTUTINA**

- Ore 8,30** Registrazione dei partecipanti
- Ore 9,00** Inizio lavori: presentazione dell'evento - **Inf. B. Mazzoleni**
- Ore 9,15** Dall'Infermiere professionale alla professione d'Infermiere  
**Inf. Z. Giupponi**
- Ore 10,15** Risvolti di responsabilità nell'autonomia e nell'attribuzione: la  
collaborazione con le altre professioni - **Avv. V. D. Gamba**
- Ore 11,15** Break
- Ore 11,40** L'Infermiere case manager: una nuova opportunità per la continuità  
assistenziale - **dr C. Prandelli**
- Ore 12,40** Pausa Pranzo

#### **SESSIONE POMERIDIANA**

- Ore 13.45** La visione dell'Infermiere nella prospettiva del federalismo in sanità  
**Inf. B. Mazzoleni**
- Ore 15,00** Lo sviluppo dell'immagine professionale nella conquista del ruolo  
sociale - **Inf. S. Plebani**
- Ore 16,00** Dibattito con gli esperti
- Ore 17,00** Compilazione questionari e chiusura lavori

**Sede del corso: CASA DEL GIOVANE, via Gavazzeni, Bergamo**

**Costo: € 40,00**

**Per iscrizioni**

**Segreteria organizzativa: FOCUSgroup**

**Via A. da Rosciate, 1 - 24124 Bergamo**

**Tel. 035.224072 - Fax 035.232980 - info@focusg.it**



**IPASVI**

**COLLEGIO INFERMIERI PROFESSIONALI  
ASSISTENTI SANITARI / VIGILATRICI D'INFANZIA  
BERGAMO**

**Evento formativo**

# **GLI INFERMIERI E L'IMMAGINE SOCIALE: COME FARCI CONOSCERE**

**12 maggio 2010**

**Auditorium c/o Liceo Statale Lorenzo Mascheroni  
Via Alberico da Rosciate 21/A - BERGAMO**

## **PROGRAMMA**

8.30 Registrazione partecipante  
somministrazione del  
questionario sull'immagine  
sociale degli infermieri

9.00 "Inizio lavori: presentazione

## **SEGRETERIA ORGANIZZATIVA**

**COLLEGIO IPASVI DI BERGAMO**

Tel. 035.217090

Fax 035.236332

## **ISCRIZIONI**

**SARÀ POSSIBILE ISCRIVERSI  
FINO AD ESAURIMENTO POSTI**

Le iscrizioni si possono effettuare  
esclusi-vamente **telefonando negli**

**COLLEGIO IPASVI DI BERGAMO**

Tel. 035.217090  
 Fax 035.236332  
 collegio@infermieribergamo.it  
 www.ipasvibergamo.it  
 Quota di iscrizione €10,00

9.00 somministrazione del questionario sull'immagine sociale degli infermieri

9.15 "Inizio lavori: presentazione dell'evento"

9.15 "L'influenza dei media sull'immagine sociale degli infermieri: TV, cinema e giornali"  
**Inf. Giupponi Zaccheo**

10.15 "Perché gli infermieri restano invisibili? La teoria secondo Suzanne Gordon  
**Inf. Plebani Simona**

11.15 Break

11.45 "L'informazione e la comunicazione verso il cittadino: il ruolo istituzionale del Collegio"  
**Inf. Mazzoleni Beatrice**

**FINO AD ESAURIMENTO POSTI**

Le iscrizioni si possono effettuare esclusi-vamente **telefonando** negli orari d'ufficio al n.035.217090 e dovranno essere confermate inviando la scheda d'iscrizione **debitamente compilata in tutte le sue parti** con allegata la copia di pagamento al numero di fax 035.236332 **entro 3 giorni**.

Il numero massimo di partecipanti ammessi è di 300.

Per l'iniziativa è stata fatta richiesta di crediti formativi E.C.M. per le figure di Infermiere e Infermiere Pediatrico.

**RELATORI**

**Inf. Beatrice Mazzoleni**  
 Presidente Collegio IPASVI Bergamo

**Inf. Giupponi Zaccheo**  
 Vice Presidente Collegio IPASVI Bergamo

**Dott. in Inf.ca Moiola GianPietro**  
 Inf. Clinico c/o A.O  
 Ospedale Maggiore Crema

**Inf. Plebani Simona**  
 Segretario Collegio IPASVI Bergamo

**Attestati crediti ECM**

Il rilascio degli attestati correlati di crediti formativi ECM è subordinato alla partecipazione **all'intero evento (100%)**.

16.00 Tavola rotonda con Analisi dei questionarie discussione di proposte operative

17.00 Somministrazione questionari ECM

17.30 Chiusura dei lavori  
 Sono stati invitati alla tavola rotondai giornalisti Sig. Max Pavan (TV BG) e Sig. Ceresoli (L'Eco di Bergamo)

Si precisa altresì che il numero dei crediti non è soggetto a riduzioni, aumenti e/o frazionamenti.



# Borse di studio anno 2010



## BANDO DI CONCORSO PER BORSE DI STUDIO ANNO 2010...

ENPAPI sostiene gli studenti meritevoli nel percorso di istruzione, formazione ed educazione con il conferimento di:

- 12 borse di studio di euro **2.500,00** per gli iscritti all'Ente che abbiano conseguito la Laurea Specialistica in Scienze Infermieristiche;
- 15 borse di studio di euro **1.500,00** per gli iscritti all'Ente che risultino iscritti ad un Master di I o di II livello in Infermeristica o che abbiano conseguito il titolo nel periodo compreso tra il 1° maggio 2009 e il 31 giugno 2010.
- 35 borse di studio di euro **1.000,00** per i figli di iscritti all'Ente o di pensionati con trattamento a carico di ENPAPI che abbiano conseguito il diploma di maturità;
- 25 borse di studio di euro **1.500,00** per i figli di iscritti all'Ente o di pensionati con trattamento a carico di ENPAPI che abbiano conseguito la Laurea Triennale;
- 15 borse di studio di euro **2.000,00** per i figli di iscritti all'Ente o di pensionati con trattamento a carico di ENPAPI che abbiano conseguito la Laurea Specialistica.

# BORSE DI STUDIO ANNO 2010



**ENPAPI**

**INFO**  
 call center **199.199.027**  
 sito internet **www.enpapi.it**  
 e-mail **info@enpapi.it**

# www.enpapi.it



**BANDO DI CONCORSO PER  
BORSE  
DI STUDIO  
ANNO 2010**

2

**A CHI SI RIVOLGE**

- agli iscritti all'Ente, in regola con la posizione contributiva e non titolari di pensione a carico di ENPAPI che, alla data di scadenza del bando, abbiano maturato almeno un anno di iscrizione all'Ente, e che
- nell'anno accademico **2008/2009**, abbiano conseguito la **Laurea specialistica in Scienze infermieristiche** con votazione non inferiore a **101/110**,
- risultino iscritti ad un **Master di I o il livello in Infermieristica** al momento della presentazione della domanda;
- abbiano conseguito un **Master di I o il livello in Infermieristica** nel periodo compreso tra il **1° maggio 2009** e il **1° giugno 2010**.

• ai figli di professionisti iscritti ad ENPAPI in regola con la posizione contributiva, che alla data di scadenza del bando, abbiano maturato almeno un anno di iscrizione all'Ente, di titolari di pensione a carico dell'Ente ovvero avestti titolo, in caso di morte dell'iscritto o del pensionato, alla pensione indiretta o di reversibilità, che nel corso dell'anno scolastico o accademico **2008/2009**, abbiano conseguito:

- il **diploma di maturità** con votazione non inferiore a **85/100**,
- la **Laurea triennale o specialistica**, con votazione non inferiore a **101/110**.

**BANDO DI CONCORSO PER  
BORSE  
DI STUDIO  
ANNO 2010**

3

**COME FARE**

- **accertarsi di possedere i requisiti indicati** sul bando di concorso.
- **procurarsi il modulo di domanda:** si può scaricare online dal sito [www.enpapi.it](http://www.enpapi.it), o richiedere all'Ente.
- **raccogliere tutta la documentazione richiesta** in relazione alla borsa di studio per la quale si concorre.
- **compilare il modulo di domanda:** a farlo è l'esercente la potestà, il tutore o il curatore per il concorrente minorenni; è invece il diretto beneficiario, se maggiorenne e capace.
- **presentare direttamente agli Uffici ENPAPI o spedire per posta la domanda insieme alla documentazione richiesta.**  
Le domande di partecipazione devono essere consegnate entro il termine perentorio del **1 giugno 2010**. Nel caso vengano spedite, farà fede la data ed il timbro dell'ufficio postale.
- **comunicazione postale a domicilio verrà inviata esclusivamente ai vincitori.**  
Le graduatorie, verranno approvate dal Consiglio di Amministrazione, affisse presso la sede dell'Ente, pubblicate sul sito web [www.enpapi.it](http://www.enpapi.it)

**BANDO DI CONCORSO PER  
BORSE  
DI STUDIO  
ANNO 2010**

4

**ASPETTI ECONOMICI**

- **erogazione in un'unica soluzione**, a mezzo assegno circolare non trasferibile intestato al vincitore ed inviato al suo domicilio, ovvero a mezzo bonifico bancario su conto corrente intestato al vincitore
- **assoggettamento ad imposta**, se dovuta, ai sensi dell'art. 50, comma 1, lett. c del TUIR (DPR n. 917/1986) e successive modifiche ed integrazioni.

**Per conoscere tutti i dettagli sul bando di concorso occorre leggere con attenzione il testo del bando.**

**SI RICORDA CHE**

- il bando è scaricabile online ([www.enpapi.it](http://www.enpapi.it)) e affisso presso la sede dell'Ente e presso i Collegi IPASVI
- la scelta dei vincitori si basa sulle valutazioni scolastiche dei concorrenti e, a parità di collocazione in graduatoria sullo stato di orfano di uno o entrambi i genitori, sul valore dell'indicatore ISEE, sul numero dei componenti il nucleo familiare con preferenza allo studente con il nucleo familiare più numeroso, sull'età dello studente, con preferenza per lo studente più giovane
- sono cause di esclusione l'aver beneficiato di altre borse di studio, assegni, premi o sussidi, in relazione agli anni scolastici cui la domanda si riferisce ovvero in relazione al concorso per il conseguimento del diploma, l'essere stato ripetente nell'anno scolastico precedente il bando.

api.it

Il Presidente  
Maria Schiavon  


SM23  
IPASVI



# Gestione del cavo orale nel paziente intubato

A cura di Marco Ghidini

## INTRODUZIONE

Le infezioni ospedaliere costituiscono un punto fondamentale nella sanità mondiale poiché influiscono su mortalità e morbilità causando un aumento delle giornate di degenza e conseguente aumento dei costi. Questo genere di problema, da sempre all'attenzione delle direzioni sanitarie ed infermieristiche, ha riscosso negli ultimi tempi una rinnovata attenzione: sia per la sempre più puntuale valutazione di quanto il fenomeno incida sul buon andamento del processo di cura e sulla qualità della risposta sanitaria, sia per la constatazione dei costi che l'intero sistema deve sopportare qualora insorga e si manifesti un'infezione. Le polmoniti da ventilazione (VAP) sono la prima causa di infezione nosocomiale in Terapia Intensiva. Le VAP hanno una variabilità d'incidenza molto ampia (15-70%) e molto difficile da definire per via dell'estrema eterogeneità dei criteri diagnostici impiegati<sup>1</sup>. Tuttavia, l'uso di criteri più rigorosi che includono la documentazione microbiologica delle VAP con un metodo di prelievo specifico, permette di concludere per un'incidenza molto più bassa, dell'ordine del 15%, nei pazienti ventilati per più di 48 ore<sup>2</sup>. La mortalità delle pneumopatie nosocomiali, invece, varia dal 13 al 55% a secondo dei diversi lavori scientifici condotti<sup>3</sup>. Questa disparità è in gran parte legata al tipo di paziente studiato (medico, chirurgico, traumatizzato). Tra i meccanismi di comparsa di una VAP spicca la colonizzazione tracheo-bronchiale attraverso la colonizzazione orofaringea, gastrica o la contaminazione tracheale primitiva o esogena. Partendo da questo presupposto, possiamo capire quanto le manovre infermieristiche, come per esempio la gestione del cavo orale del paziente intubato, debbano essere eseguite in maniera corretta e soprattutto debbano essere basate su prove di efficacia scientifica.

## LA GESTIONE DEL CAVO ORALE

La cura e la gestione del cavo orale del paziente intubato in terapia intensiva è una manovra gestita in completa autonomia dall'Infermiere. È una manovra molto importante poiché la colonizzazione orofaringea sembra essere una delle principali responsabili della colonizzazione tracheo-bronchiale e della genesi delle VAP. Per focalizzare meglio questo concetto basta pensare che in uno studio<sup>4</sup> è stato dimostrato che nel 76% delle polmoniti da ventilazione il battere responsabile è riscontrato sia a livello orale che a livello polmonare. La cavità orale, o meglio, la flora orale racchiude circa 500 specie di batteri che per la maggior parte sono anaerobi.

Il ricovero in Terapia Intensiva favorisce la presenza di *Staphylococcus aureus* e di batteri Gram negativi aerobi e anaerobi. All'inizio della degenza sono essenzialmente dei batteri Gram positivi ad essere riscontrati nella flora colonizzante, per essere sostituiti in seguito da batteri Gram negativi la cui percentuale è destinata a crescere con il perdurare della degenza<sup>5</sup>.

La cura del cavo orale ha lo scopo di ridurre la xerostomia, la carica batterica all'interno della cavità orale e di garantire il maggior comfort al paziente.

## PASSI FONDAMENTALI

- È consigliabile valutare il cavo orale con una fonte luminosa per visualizzare meglio eventuali escoriazioni, residui di cibo/secreti, eventuali lesioni da stasi del tubo orotracheale.
- La valutazione del cavo orale dovrebbe essere eseguita almeno tre volte al giorno o qualora vi sia la necessità<sup>6</sup>.
- Prima di effettuare ogni manovra occorre controllare la pressione della cuffia del tubo endotracheale per evitare l'effetto di *drai-*

nage delle secrezioni ossia quel meccanismo di scivolamento delle secrezioni attorno alla cuffia in modo da consentirgli di raggiungere il tratto bronchiale e di colonizzarlo. È definito in letteratura<sup>7</sup> come goal una pressione che consente l'isolamento del tratto orofaringeo e che non consenta di creare un'ischemia sui capillari tracheali. La pressione della cuffia dovrà quindi rimanere tra 18 mmHg e 30 mmHg.

- d) Instillare acqua bi distillata sterile e recuperarla per idratare la mucosa orale.
- e) Effettuare la manovra di *brushing*, ossia, la spazzolatura mediante uno spazzolino a setole morbide di denti, lingua e gengive. La dimensione dello spazzolino dovrà permettere di effettuare la manovra in tutta la cavità orale è consigliabile quindi utilizzare uno spazzolino pediatrico. Rimane irrisolto il tema dell'utilizzo di spazzolini con aspirazione annessa o spazzolini monouso<sup>8</sup>.
- f) Irrigare il cavo orale con acqua bidistillata sterile e recuperarla mediante sonda di aspirazione.
- g) Cambiare posizione al tubo endotracheale per evitare decubiti e garantire un'adeguata pulizia del cavo orale.
- h) Applicare un gel a base di clorexidina gluconato 0.12% nel cavo orale<sup>9</sup> ed eventualmente un sostitutivo salivare per evitare l'insorgenza di xerostomia.
- i) Non vi sono evidenze chiare o raccomanda-

zioni specifiche in merito al metodo di fissaggio del tubo endotracheale.

- j) Rimane irrisolta l'utilità del risciacquo del cavo orale con un collutorio a base di clorexidina.
- k) Utilizzare antibiotici o antisettici a livello orale ha dimostrato un abbassamento della carica microbica della cavità orale ma nessuna incidenza sulla mortalità<sup>10</sup>.

Occorre aggiungere che le complicanze della manovra non sono sovrapponibili al beneficio della stessa. In letteratura le uniche potenziali complicanze riportate sono: la dislocazione del tubo endotracheale, l'estubazione accidentale ed eventuali sanguinamenti locali<sup>11</sup>.

## BIBLIOGRAFIA

- <sup>1</sup>Rello J, Ollendorf DA, Oster G, Vera-Llonch M, Bellm L, Redman R, et al. Epidemiology and outcomes of ventilator-associated pneumonia in a large US database. *Chest* 2002; 122:2115-21.
- <sup>2</sup>Chevret S, Hemmer M, Carlet J, Langher M. Incidence and risk factors of pneumonia acquired in intensive care units. Results from a multicenter prospective study on 996 patients. European cooperative group on nosocomial pneumonia. *Intensive care Med* 1993; 19:256-64.
- <sup>3</sup>Chastre J, Fagon JY. Ventilator-associated pneumonia. *Am J Respir Crit Care Med* 2002; 165:867-903.
- <sup>4</sup>Brennan MT, Bahrani-Mougeot F, Fox PC, Kennedy TP, Hopkins S, Boucher RC, et al. The role of oral microbial colonization in ventilator-associated pneumonia. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2004; 98:665-72.



## Gestione del cavo orale nel paziente intubato

- <sup>5</sup> Bonten MJ, Gaillard CA, Van Tiel FH, Smeets HG, Van Der Geest S, Stobberingh EE. The stomach is not a source for colonization of the upper respiratory tract and pneumonia in ICU patients. *Chest* 1994; 105:878-84.
- <sup>6</sup> Allen L. Furr, Catherine J. Binkley, Cynthia McCurren, Ruth Carrico. Factor affecting quality of oral care in intensive care unit. *Journal of advanced nursing* 2004; 48:454-62.
- <sup>7</sup> Donald E. Crafen MD, Robert A. Duncan MD. Preventing ventilator-associated pneumonia. *Am J of resp and crit care med* 2006; 173:1297-99.
- <sup>8</sup> Angela M Berry, Patricia M. Davidson. Beyond comfort: oral hygiene as a critical care nursing activity in intensive care unit. *Intensive and crit care nursing* 2006; 22:318-28.
- <sup>9</sup> AJ DeRiso, JS Ladowski, Dillon TA, Justice JW. Chlorhexidine gluconate 0.12% reduces the incidence of total nosocomial respiratory infection and non-prophylactic systemic antibiotic use in patient undergoing heart surgery. *Chest* 1996; 109:1556-61.
- <sup>10</sup> Chan Ey Ruest, Cook DJ. Oral decontamination for prevention of pneumonia in mechanically ventilated adults: systematic review and meta-analysis. *BMJ* 2007; 334:889.
- <sup>11</sup> Diaz E, Rodriguez H.A, Rello J. Ventilator-associated pneumonia: Issues related to the artificial Airway. *Respir Care* 2005; 50:900-9.

### ALTRA BIBLIOGRAFIA

- Langher M. Infezioni in terapia intensiva. GISIG: Gruppo Italiano di Studio sulle Infezioni Gravi, 1999.
- Vincent JL. Nosocomial infections in adult intensive-care unit. *The Lancet* 2003; 261:2068-77.
- Schleder B, Stott K, Lloyd RC. The effect of a comprehensive oral care protocol on patients at risk for ventilator-associated pneumonia. *J Advocate Health Care* 2002; 30:27-30.
- Yoneyama T, Yoshida M, Ohrut T, et al. Oral care reduces pneumonia in older patients in nursing homes. *J Am Geriatr Soc* 2002; 50:430-33.
- Thomas M File Jr MD, Barlett G John MD. Risk factors and prevention of hospital-acquired, ventilator-associated, and healthcare-associated pneumonia in adults. *Uptodate*, 30 settembre 2009.
- Robert C Hyzy MD, Scott Manaker MD, PhD. Endotracheal tube management and complications. *Uptodate* Settembre 2009.
- Guidelines for preventing Health-Care-Associated pneumonia, CDC, 2003 2004.
- Guidelines for the management of adult with hospital-acquired, ventilator associated, healthcare-associated pneumonia. *Am J Respir Crit Care Med* 2005; 171:388.

## Nursing FAD

A partire da aprile tutti gli infermieri, infermieri pediatrici e assistenti sanitari iscritti al nostro Collegio potranno avere accesso con un forte sconto al programma di formazione a distanza Nursing FAD del Collegio IPASVI Milano-Lodi. Grazie alla convenzione che è stata stipulata tra il nostro Collegio e il Collegio IPASVI Milano-Lodi, gli infermieri di Bergamo e provincia avranno diritto a uno sconto del 40% (48 euro invece di 80 euro). Nel corso del 2010 saranno messi on line di 12 nuovi corsi, per un totale di 18 crediti ECM. Si riporta di seguito l'elenco dei corsi che saranno via via pubblicati durante l'anno:

- Uso della cPAP (due casi già online)
- Trattamento dell'ictus in fase post acuta (un caso online, l'altro in uscita a fine marzo)
- Ulcere venose (due casi, in uscita ad aprile)
- Nausea e vomito da chemioterapici
- Medicazione della ferita chirurgica
- Lesioni da decubito
- Puntura arteriosa radiale
- Isolamento del paziente trapiantato
- Fisioterapia nel soggetto con BPCO
- Linfedema nel cancro della mammella
- Chemioterapia per via orale
- Prelievi venosi

### Accesso alla piattaforma

Per accedere al Programma NursingFAD è sufficiente avere un computer e una linea telefonica (non serve banda larga). Dalla Home page del collegio IPASVI di Bergamo <http://www.ipasvibergamo.it/> occorre cliccare sul banner "Nursing FAD". Così facendo ci si ritrova sulla piattaforma SAEPE, all'interno della quale c'è il programma Nursing FAD. Al primo accesso è necessario registrarsi alla piattaforma (la registrazione è gratuita) cliccando sul tasto REGISTRATI e compilando tutti i campi della scheda di registrazione. Completata la registrazione verranno inviate automaticamente all'indirizzo email, indicato in fase di registrazione, le chiavi di accesso per accedere al sistema (ID e PIN). Agli accessi successivi l'utente inserendo ID e PIN potrà accedere a Nursing FAD e acquistare il programma al prezzo scontato riservatogli. Il programma può essere acquistato pagando con carta di credito direttamente online attraverso il sito sicuro di Banca Sella, oppure con bonifico bancario oppure tramite bollettino postale. Il programma produce in automatico la fattura dell'avenuto pagamento.



# L'ospedale del futuro

## prima parte



A cura di Salvatore Piliero

### Premessa

Di questi tempi una delle sfide più difficili in tema di salute e organizzazione sanitaria è certamente legata alla tensione all'economicità; quest'ultima porta irrimediabilmente a definire e/o cambiare in modo sostanziale tutte le strategie e gli scenari dell'intero sistema sanitario. Lasciando come sfondo questo arduo tema che, come detto, va in ogni caso ad intersecarsi nelle varie tematiche, ci addentriamo in uno scenario diverso in cui si prenderà in considerazione il cittadino-utente, che risulta essere sia il soggetto principale e predominante del cambiamento del sistema sanitario che il perno principale su cui ruotano le risposte e le offerte che lo stesso sistema deve mettere in atto verso costui. Il titolo iniziale richiama la necessità di rifondare l'ospedale, ormai obsoleto per ciò che concerne la sua struttura organizzativa e la sua capacità di fornire risposte adeguate alle nuove necessità e aspettative della modernità. Se pur il tema centrale riguarderà essenzialmente la riorganizzazione dell'ospedale per area a distinta intensità di cura e diversa complessità assistenziale dell'assistenza (fermo restando che al centro di ogni processo vi è il cittadino assistito), risulta di fondamentale importanza individuare "connessioni" certe tra ospedale e territorio, perché il miglioramento delle condizioni di salute della popolazione non passa solo attraverso l'offerta di servizi sanitari ma deve tener conto anche (e non di meno) di altre dinamiche, in particolare di quelle riferite al versante socio-assistenziale. La connessione con il territorio e il problema dell'integrazione socio-sanitaria rappresenta anch'esso un tema arduo, ed è un elemento di criticità che dovrà essere affrontato inderogabilmente se vogliamo realizzare ospedali moderni, sempre più sofisticati, sicuri, di qualità, appropriati, tecnologicamente avanzati e "a misura" dei malati.

In primis vi è la necessità che l'organizzazione sanitaria operi affinché i pazienti vengano mantenuti, per quanto possibile, in uno stato di salute tale da non richiedere l'ospedalizzazione, fornendo loro sul territorio quei servizi che possano prevenire il riacutizzarsi di patologie croniche ed evitare quindi il ricovero. Si ricorda come anche nell'ambito dell'assistenza ospedaliera sia indispensabile cambiare i *setting organizzativi* e assicurare gli

stessi, in modo tale da rendere sistematico e non occasionale (o frutto della maggiore o minore attenzione alla qualità) un approccio coerente con il principio della sanità d'iniziativa. Naturalmente a tutto questo va ricordato che gli elementi di criticità e di complessità che a tutt'oggi pongono dei grossi interrogativi sono quelli relativi alla connessione tra ospedale e territorio e al problema dell'integrazione socio-sanitaria. Da quanto enunciato diventa irrimediabile partire da una tesi in cui l'ospedale, in una logica "in progress", deve rappresentare un sistema che identifichi e stabilisca i reali bisogni del paziente e lo indirizzi verso il settore di cura e di assistenza più appropriato rispetto ai suoi bisogni.

### Excursus storico

Attualmente sta avvenendo un cambiamento progressivo nelle organizzazioni ospedaliere. Prima l'ospedale era centrato e organizzato su un bisogno, il sapere; per accrescere il sapere veniva adottato un modello di crescita per unità specialistica, e quindi per frammentazione dei saperi (es.: se vi era un bisogno di presidiare un sapere di un'area specialistica, venivano assegnate a quest'ultima le risorse umane necessarie, le proprie tecnologie, i posti letto necessari, gli spazi necessari); il tutto permetteva di "coltivare" il sapere, facendogli acquistare valore e crescita. Si è arrivati ad un punto in cui i saperi, se pur fondamentali, cominciano a sovrapporsi in maniera evidente rispetto alle possibilità di intervenire sugli stessi problemi; inoltre la dimensione economica è diventata mordente, e quindi questa necessità di costruire i saperi non è più unica, centrale e predominante rispetto all'ospedale; si sta sviluppando un modello ospedaliero maggiormente organizzato intorno ai bisogni, anche in relazione allo sviluppo epidemiologico e demografico della popolazione ospedaliera, che è profondamente cambiato negli ultimi 20 anni producendo esigenze diverse. È cambiata l'esigenza di strutturare l'organizzazione, che prevede che le specializzazioni debbano basarsi su modelli organizzativi che tengano conto delle esigenze di funzionamento dell'ospedale; quest'ultimo, a sua volta, deve rispondere alle necessità dei pazienti. Tutto questo, naturalmente, pone il problema di costru-

## L'ospedale del futuro prima parte

re delle economie di scala, allo scopo di unire le diverse unità operative, di condividere le risorse e di graduare in maniera differenziata i reparti di assistenza. Quindi il moderno ospedale deve essere concepito filosoficamente, architettonicamente e organizzativamente sui percorsi e sulle esigenze dei pazienti, garantendo loro risposte più efficaci, appropriate e sicure; inoltre questo processo deve essere attualizzato indipendentemente dalle prospettive che tengono conto delle specialità, delle divisioni e delle classificazioni sanitarie. Il nuovo ospedale deve cogliere la sfida identitaria di centrarsi sul destinatario che oggi, ineluttabilmente, è rappresentato dal soggetto che non è più oggetto.

### L'utilizzo appropriato dell'ospedale

In alcuni Paesi Occidentali le giornate di degenza nei grandi ospedali non superano le 4,5-5 giornate. Comparando l'andamento della degenza media negli ospedali per acuti dal 1990 al 2005 in alcuni Paesi europei, si osserva che il valore italiano, simile a quello spagnolo, viene superato solo dalla Germania e dall'Olanda mentre Danimarca, Regno Unito, Francia e Austria si collocano a livelli inferiori. Nonostante vi siano validi motivi - di carattere assistenziale (ad es. rischio infezioni), preventivo ed economico - per ridurre a quanto necessario la durata di degenza, molti dei nostri ospedali registrano ancora valori notevolmente superiori agli standard internazionali.

Un grosso ospedale non è necessariamente un grande ospedale, e se i posti letto fossero utilizzati con maggiore efficienza e appropriatezza si potrebbero risparmiare molte risorse da destinare dove il bisogno è maggiore, ad esempio:

- per facilitare l'adeguamento delle risorse, migliorando così le attività assistenziali e, dove possibile, l'accessibilità alle stesse;
- per favorire il riassetto degli spazi ed il loro decongestionamento;
- per avere una migliore disponibilità di posti letto in urgenza dal Pronto Soccorso.

L'Ospedale, pertanto, deve soddisfare alcune fondamentali missioni:

- continua revisione delle procedure e dei processi organizzativi finalizzata alla gestione del rischio clinico, per il miglioramento dell'assistenza;

- progressivo miglioramento della salute e della sicurezza della comunità di riferimento, dovuto alla concentrazione al suo interno di risorse specialistiche e tecnologiche;
- progressivo miglioramento della qualità dei servizi e della percezione che i cittadini hanno degli stessi;
- garanzia di un'equità nell'accesso che, tenendo conto delle preferenze dei cittadini, sia in grado di offrire una risposta flessibile.

Per non disperdere questo "capitale" di fiducia e permettere all'ospedale di sostenere il suo importante ruolo, si ritiene necessario affrontare il cambiamento utilizzando come strumenti alcuni nuovi modelli e/o percorsi di cura.

I nuovi modelli innovativi hanno l'obiettivo ambizioso di raggiungere la migliore efficacia clinica ed assistenziale, devono essere capaci di offrire risposte adeguate, appropriate e sicure, a fronte di un impegno economico sostenibile. Nei Paesi occidentali uno dei problemi più rilevanti di questo secolo è rappresentato da una percentuale sempre più alta della popolazione anziana; l'anziano, anche se avrà osservato uno stile di vita corretto, è biologicamente candidato a diventare un paziente complesso, fragile, critico e con maggior complessità assistenziale. Quindi i cambiamenti demografici, l'innovazione tecnologica, l'evoluzione della domanda di salute, l'esigenza di un'assistenza più adeguata, lo sviluppo di una rete di servizi, i costi economici e finanziari, hanno portato ad una profonda revisione del ruolo dell'ospedale che, da luogo competente per una serie esaustiva di servizi, diventa ospedale per acuti caratterizzato da tecnologie e competenze altamente integrate; sono questi i motivi che inducono a pensare ad una diversa organizzazione ospedaliera basata sull'intensità delle cure.

Quanto più l'ospedale tenderà ad orientare il proprio ruolo in questa direzione, tanto più diventerà necessario stabilire sinergie necessarie ad un'efficace gestione clinico-assistenziale, organizzata per intensità di cure.

### Le Normative attuali

Le istituzioni hanno recepito queste istanze attraverso:

- PSN 2006/2008;



## L'ospedale del futuro prima parte

- L.R. Toscana n° 40 del 2005;
- Piano sanitario regionale Lombardia 2007-2009:  
*Deliberazione VI /38133 del 6 Agosto 1998.*

### PSN 2006/2008

Parla di un innovativo sistema sanitario nel quale non esiste più un solo attore istituzionale ma numerosi soggetti posti in un sistema sussidiato in termini verticali e orizzontali; quindi, in tema di integrazione, promuove un nuovo metodo di fare assistenza fondato appunto sull'integrazione, sulla comunicazione e sulla partecipazione dei professionisti, pur appartenenti a unità operative diverse o a diversi livelli gestionali, per il raggiungimento di obiettivi comuni...

Quindi la possibilità dell'intersecarsi ai diversi livelli gestionali è un problema che si pone.

Inoltre il piano prevede l'attivazione di reti integrate organizzate, pensate e formulate su percorsi assistenziali complessi a diverso **grado di protezione ed intensità di cura**, partendo da una **valutazione multiprofessionale e multidisciplinare** del bisogno. Il PSN introduce da subito il tema della coesistenza e della necessaria collaborazione fra i professionisti e, a dimostrazione di quanto detto in precedenza, il piano recepisce la necessità del professionista di vedere rappresentato il proprio punto di vista nella partecipazione alle scelte aziendali.

### L.R. Toscana n° 40 del 2005

Rappresenta la legge cardine del tema dell'intensità di cura.

In questa legge regionale si evince che la strutturazione dell'attività ospedaliera viene esplicitamente indicata secondo modalità assistenziali graduate per intensità di cura.

Tale legge tenta di dare i primi elementi per giustificare il significato di intensità di cura secondo le modalità assistenziali, la durata della degenza ed il regime del ricovero, con la necessità di superare gradualmente l'articolazione per reparti differenziati secondo la disciplina specialistica.

### Piano sanitario regionale Lombardia 2007/2009

...Promozione dell'appropriatezza dei ricoveri secondo la patologia emergente... spostando l'at-

tenzione dal posto letto alla qualità dell'appropriatezza delle attività svolte in regime di degenza...

L'accento al termine dell'intensità di cura in realtà risale a qualche anno prima attraverso la **Deliberazione VI /38133 del 6 Agosto 1998**, dove viene delineata esplicitamente quella che è l'attività di assistenza infermieristica.

L'assistenza infermieristica garantita dev'essere rapportata all'intensità delle cure; l'unità di misura dell'assistenza infermieristica è:



I minuti da garantire in relazione all'intensità delle cure sono indicati secondo le diverse specialità mediche.

In sostanza questa intensità dell'assistenza infermieristica viene di nuovo interpretata secondo il tipo di assistenza infermieristica da prestare nelle diverse specialità mediche, quindi nei diversi reparti che, come sappiamo, sono classificati secondo discipline di tipo medico.

### L'ospedale organizzato per area a distinta intensità di cura e diversa complessità dell'assistenza

Parlando dell'intensità di cura e della complessità assistenziale, ci poniamo all'interno del contesto della **clinical governance**; questa rappresenta la struttura e la direzione ideale, che pone l'attenzione sull'obiettivo di qualità dei servizi in base a standard assistenziali elevati nella risposta alle domande sanitarie del cittadino, all'interno del quale l'eccellenza clinica non è vista in modo marginale ma rappresenta il cuore delle strutture e dell'attività delle prestazioni sanitarie. Per far sì che si ottengano tali risultati l'eccellenza clinica va a coniugarsi con l'eccellenza professionale. I tre principali soggetti che si muovono all'interno del mondo sanitario, nel quale la **clinical governance** si trova a fronteggiare, sono rappresentati:

- dai pazienti

## L'ospedale del futuro prima parte

- **dai professionisti**
- **dall'organizzazione sanitaria.**

Per quanto concerne i **pazienti** vanno ricordate le caratteristiche e le istanze su cui porre la nostra attenzione:

- da un punto di vista epidemiologico vanno ricordati un progressivo invecchiamento della popolazione ed un innalzamento delle patologie cronico-degenerative, con un ineludibile aumento della domanda dei servizi per il trattamento di questo tipo di patologie sia sotto la componente sanitaria che sotto quella di tipo socio-sanitaria;
- dall'altra parte la popolazione è sempre più partecipe alla definizione del percorso di cura, ed è consapevole dei diritti di cui è portatrice.

Per quanto concerne i **professionisti** vanno ricordate le caratteristiche e le istanze su cui porre la nostra attenzione:

- l'integrazione tra la ricerca dell'efficacia (tipica del professionista) e la ricerca dell'efficienza (tipica del manager);
- il proprio coinvolgimento e partecipazione nelle scelte e nelle decisioni aziendali.

Per quanto concerne l'**organizzazione sanitaria** vanno ricordate le caratteristiche e le istanze su cui porre la nostra attenzione:

- è rappresentata dalle caratteristiche viste in precedenza, che si muovono all'interno degli elementi della *clinical governance*; trovandosi in un sistema multicompleso, l'organizzazione sanitaria ha ambizioni verso la qualità dei servizi e la salvaguardia di elevati standard assistenziali, in un clima di massima tensione verso l'eccellenza professionale.

All'interno di questa cornice l'organizzazione sanitaria vive e si muove rapidamente in un'evoluzione scientifica e tecnologica, sviluppando procedure diagnostiche e terapeutiche efficaci e sofisticate che possono sempre attuarsi anche all'esterno del contesto ospedaliero; l'ospedale, pertanto, non è più l'unico soggetto di prestazioni sanitarie. Detto questo, il tema dell'intensità di cura pone la questione dell'offerta di una rete territoriale di tipo socio sanitaria che in molte situazioni deve ancora svilupparsi e consolidarsi. Allo stato attuale l'ospedale è organizzato prevalentemente per unità operative, e la classificazione viene fatta secondo

discipline mediche con elevati costi di integrazioni sia sotto il profilo monetario che di criticità gestionale dovuti all'avvento della dipartimentalizzazione (quest'ultimo modello, se pur ha portato notevoli vantaggi, ha fatto emergere notevoli criticità gestionali). La difficoltà di comunicazione tra le varie unità e servizi ha determinato, a fronte della richiesta del paziente di una risposta sanitaria appropriata e unitaria, una frammentazione della risposta sanitaria.

Tale realtà appena delineata è caratterizzata da questi elementi tipici della struttura clinica di governance, ed attualmente ha anche un forte richiamo continuo all'attenzione, alla scarsità e alla finitezza delle risorse, con accento sull'efficienza ed efficacia; questo grosso sforzo e attenzione agli standard di qualità e mantenimento degli standard assistenziali deve confrontarsi oggi più che in altri tempi con il tema della scarsità delle risorse.

### Riorganizzazione dell'ospedale per intensità di cure

L'Ospedale del futuro è un modello organizzativo suddiviso per "intensità di cure" che si colloca in continuità con un generale ed ormai "lungo" cambiamento dell'ospedale, volto a caratterizzare lo stesso sempre più come luogo di cura delle acuzie, in cui si danno risposte assistenziali diversificate per intensità di cura, e come tale deve essere organizzato con aree di degenza per acuti e post-acuti multispecialistiche. In questo nuovo paradigma viene ribaltata l'anacronistica e tradizionale organizzazione per discipline specialistiche (U.O.), nella quale l'assistenza è prestata in base all'orientamento del reparto (solitamente determinato dal dirigente e dal primario) e con posti letto prefissati, a favore di un nuovo modello che prevede un passaggio a "letti funzionali", cioè una gestione efficientistica dei posti letto (compatibile con gli standard di qualità assistenziale). Ormai da tempo è condivisa la consapevolezza che un ospedale non si misura sui posti letto bensì sulla capacità di fornire prestazioni di salute; in sostanza spariranno i vecchi reparti e le degenze saranno organizzate in relazione ai bisogni assistenziali dei malati, per "aree omogenee". Lo scenario macro in cui si colloca questa focalizzazione del ruolo

## L'ospedale del futuro prima parte

dell'ospedale è quello conosciuto e analizzato, nelle sue determinanti di base, in molti atti di programmazione sanitaria quali la transizione epidemiologica, la dinamica dell'innovazione tecnologica, il consumismo e la nuova centralità del paziente-cittadino, l'imperativo sociale della qualità delle cure, le risorse stabili o calanti e la necessità di un utilizzo efficiente delle risorse stesse in un'ottica di sostenibilità del sistema regionale. Il modello per intensità di cura rappresenta una base di discussione per riordinare l'offerta assistenziale ospedaliera, che deve essere adeguata agli standard di cura più efficaci, tempestivi e sicuri, che le evidenze della medicina moderna raccomandano per il paziente acuto. All'interno degli ospedali dovranno essere identificate aree assistenziali, che presenteranno forte rilevanza progettuale. I nuovi modelli organizzativi prevedono la classificazione su diversi livelli di cure, ai quali il singolo malato viene affidato dopo una valutazione che tiene conto della condizione clinica e della complessità assistenziale medica e infermieristica. Di seguito si elencano alcune modalità organizzative:

- A) aree orientate ad interventi rapidi e di grande complessità e specialità, riservate a pazienti con forme acute, caratterizzate da numero di letti e da tempi di degenza sempre più contenuti. Queste aree, anche in futuro, dovranno avere un dimensionamento orientato al bacino di riferimento; al loro interno saranno allocate funzioni specialistiche e tecnologiche in rapporto alle esigenze assistenziali, garantendo un'equilibrata distribuzione nell'ambito della Asl e dell'Area Vasta di competenza, per assicurare adeguati elementi di fruibilità e di qualità;
- B) aree destinate all'assistenza in fase di post-acute;
- C) aree destinate alla riabilitazione, per affrontare la cronicizzazione delle forme neoplastiche ed in generale di tutte le forme cronico-degenerative.

Le strutture assistenziali destinate al trattamento degli stati di cui alla precedente lett. B e C), nonché di alcune patologie di categoria più marcata socialmente che attualmente fanno capo in modo prevalente agli ospedali, verranno invece curate sostanzialmente da parte della rete assistenziale dei servizi sociosanitari territoriali in altre struttu-

re, diminuendo in modo significativo il carico improprio sull'ospedale, oppure direttamente a domicilio. Un moderno sistema assistenziale agisce attraverso un complesso sistema di reti, di strutture e di professionisti, ed è orientato ad assicurare la continuità dei servizi e a garantire percorsi assistenziali adeguati ed appropriati; a tale sistema partecipano gli ospedali ed i servizi sanitari territoriali. Nel contesto sopra delineato, l'ospedale si andrà quindi caratterizzando prevalentemente come ospedale per pazienti acuti. In tale ottica, pertanto, il nuovo ospedale deve essere pensato e realizzato in un contesto in continua evoluzione, sul quale persistono diverse tipologie di offerta - presidi ospedalieri di aziende territoriali, aziende ospedaliere, presidi ospedalieri privati accreditati - e nel quale trova sempre più fattiva attuazione la dimensione gestionale interaziendale come l'Area Vasta, ambito territoriale che soddisfa la quasi totalità del bisogno sanitario ed assolve alle esigenze di programmazione integrata. Nella nuova concezione l'ospedale deve essere visto come una risorsa da usare appropriatamente, ideato e organizzato in relazione ai bisogni del paziente, con la sua esigenza di diagnosi e cura ed i suoi bisogni di assistenza.

### Il significato in termini di "cambiamento culturale"

L'ospedale modulare per intensità e con piattaforme gestite flessibilmente mantiene un'allocatione per specialità delle risorse, permettendo di adeguare la capacità produttiva all'andamento della domanda di prestazioni ed alle scelte strategiche aziendali. Culturalmente si tratta quindi di rifondare l'idea che in ospedale l'importanza sia data ai posti letto gestiti, e spostare l'attenzione sulle competenze, sulle tecnologie e su ciò che rende un professionista "forte". Nell'ospedale per intensità di cura è il piano sanitario regionale che dovrebbe fornire gli indirizzi generali, mentre i modelli organizzativi locali dovrebbero essere condivisi con gli operatori delle varie realtà. Come detto nelle pagine iniziali la riorganizzazione, per assicurare continuità assistenziale, non può che prescindere da un contemporaneo ed efficace riassetto del territorio, soprattutto per quelle patologie croniche che vanno incontro a riacutizzazioni. Il

## L'ospedale del futuro prima parte

superamento della tradizionale organizzazione per reparti e discipline specialistiche, nel tentativo di ovviare alla frammentazione dell'intervento sanitario, si qualifica per alcune nevralgiche innovazioni. Innanzitutto la continuità assistenziale, che rappresenta uno degli obiettivi fondamentali, non è personale ma è di sistema; deve essere garantita dalla struttura e chiama in causa una precisa ed autonoma responsabilità dell'ente per carenze/disfunzioni organizzative di mezzi e persone (presidi, strumentazione, organico, carichi di lavoro, turnazione, ecc.). Come già enunciato in precedenza, il programma organizzato (non il modello inglese) sui tre livelli di cura - terapia intensiva e sub-intensiva, ricovero ordinario ed a ciclo breve, post acuzie o low care - stratifica clinicamente il paziente e lo invia al livello che gli compete, nell'area di degenza appropriata e senza "barriere" (in questo modo i pazienti possono passare da un livello assistenziale ad un altro). In altre parole si prevede un "flusso" di pazienti in arrivo all'interno di un livello, con possibile riconversione dell'offerta assistenziale secondo i criteri di intensità ed un "efflusso" dall'interno dell'ospedale verso l'esterno o reparti intermedi o per lunghe degenze. Ciò implica la previsione di alcuni prerequisiti quali un piano strategico regionale, la condivisione tra professionisti dei criteri clinici di accesso e mobilità dei pazienti con linee guida e protocolli validati, una riqualificazione dell'offerta territoriale che garantisca la successiva (o intermedia) presa in carico del paziente, limitando l'accesso improprio in ospedale o la discontinuità delle cure, come detto in premessa. I **percorsi clinici integrati** rappresentano lo strumento fondamentale affinché si compia effettivamente la "nuova" presa del paziente e la realizzazione di nuovi ruoli professionali. Tuttavia, per la "presa in carico unica" del paziente, l'integrazione delle competenze professionali e l'uniformità dei processi di cura alle migliori evidenze cliniche necessitano di un'attenta politica di sviluppo delle risorse umane, favorendo nuovi contenuti e metodi di formazione ed aggiornamento professionale, per favorire il cambiamento dei ruoli e delle responsabilità. La **cartella clinica integrata**, se correttamente compilata, assumerà un'importanza fondamentale; tale strumento, infatti, rappresenta un rilevante presupposto di con-

tinuità e personalizzazione dell'assistenza. Una meritevole attenzione va riservata alla **gestione della fase della dimissione**, specie se protetta e programmata rispetto ai livelli di intensità di cure, e alla conseguente offerta territoriale, per non interrompere la continuità assistenziale dopo la dimissione ospedaliera e favorire il competente recupero del paziente. La **formazione** dei professionisti chiama in causa **nuove competenze** sul versante del management, della **comunicazione** tra operatori sanitari e con il paziente, sul piano della realizzazione e partecipazione di un'**uniformità dei processi** di cure (definiti con **linee guida e protocolli condivisi**). La creazione e lo **sviluppo di ruoli professionali coerenti con il nuovo sistema**, sotto il profilo gestionale e clinico (come ad es. il "medico tutor" e "l'infermiere referente o case-manager"), evidenziano l'importanza del presidio di meccanismi (quotidiani) di coordinamento interprofessionali per lo scambio ed il confronto tra gli operatori sanitari coinvolti. Il metodo di lavoro "ripensato", collegiale, interprofessionale ed interdisciplinare e l'integrazione delle competenze specialistiche appaiono come un obiettivo specifico che qualifica il nuovo modello di ospedale, che vuole appunto superare l'organizzazione dei reparti specialistici assicurando la continuità assistenziale (eliminando così la "frammentazione" delle cure del paziente).

### Obiettivi

- Mettere al centro il paziente, utilizzando le tecnologie attuali. Attorno al paziente ruota l'ospedale e si muovono i professionisti, invertendo la logica tradizionale per cui era il paziente che veniva riallocato secondo un'appartenenza disciplinare; inoltre assistenza e cura sono commisurate ai suoi bisogni;
- accogliere la persona nel settore ospedaliero (o area) che, per il livello di cura e di assistenza, possa assicurarle una risposta appropriata ed individualizzata all'insieme dei bisogni rilevati;
- gestione efficientistica dei posti letto (compatibile con gli standard di qualità assistenziale);
- continuità delle cure;
- organizzazione incentrata sull'integrazione delle multiprofessionalità.

# L'ospedale del futuro prima parte

## Motivazioni che spingono ad optare per il nuovo paradigma

- Limitatezza risorse;
- efficienza e razionalità organizzativa;
- appropriatezza allocativa delle risorse professionali;
- percorsi e processi assistenziali;
- valorizzazione delle professionalità sanitarie (Infermieri).
- ecc..

## Vantaggi del nuovo metodo

- Appropriately della cura e dell'assistenza;
- miglioramento delle cure/comfort del pz;
- ottimizzazione dell'utilizzo delle risorse;
- riorganizzazione dei rapporti interprofessionali;
- individuazione del responsabile del caso (Infermiere case manager, medico tutor, ecc.).

## Possibili risultati raggiungibili

- A fronte del livello di intensità clinica e di complessità dell'assistenza in termini di criticità e gravità richiesti dai pazienti ricoverati nelle strutture di degenza in alcune aree, si individua la percentuale di pazienti che necessitano di cura ad alta, media e bassa intensità;
- possibile valutazione della congruità\* tra la valutazione infermieristica della complessità assistenziale e la valutazione medica dell'intensità clinica

*\* per constatare se il paziente risulta congruente da un punto di vista clinico e assistenziale.*

- valutazione dell'appropriatezza, dei tempi previsti dal sistema di accreditamento (*nell'es. specifico quello lombardo*) per la definizione delle risorse professionali necessarie.

## Fattori critici

- Come assegnare i posti letto e in base a quali criteri;
- come graduare l'intensità delle cure;
- come designare le responsabilità all'interno delle aree che, come già, detto diventano multispecialistiche.
- settori di accompagnamento alla dimissione in strutture protette (devono essere fortemente integrate con il territorio);
- conoscenza dei criteri di ammissione/dimissione

ne delle cure (delle alte intensità e delle basse intensità);

- la gestione operativa deve essere molto forte, capace di organizzare procedure e processi quali la programmazione delle sale operatorie, delle liste di attesa e dei posti letto, per rispondere alle necessità di gestione di piattaforme multi specialistiche;
- discontinuità rispetto ai ruoli (tutor medico, Infermiere case-manager, ecc...).

## Punti di forza

- Pluralità degli elementi clinici e assistenziali nella definizione dei livelli d'intensità;
- coinvolgimento e sensibilizzazione di tutte le figure professionali.

L'Ospedale per intensità di cura può essere definito anche in altri modi:

- ospedale per funzioni;
- ospedale per consumo di risorse;
- ospedale a diversi bisogni assistenziali;
- ospedale a bisogni omogenei;

...non tanto per specialità ma per intensità.

## ***Il paziente "oggetto" e "centro di costo" è finalmente al centro del processo***

I principi ispiratori del nuovo modello organizzativo sono rappresentati dai seguenti parametri:

### > Intensità di cura

Necessità di stabilire e classificare il tipo di cura medica di cui ha bisogno ciascun malato.

### > Complessità assistenziale

Di quali e quante prestazioni infermieristiche ha bisogno ciascun degente, costruendo quasi un abito su misura.

### **Definizione di intensità di cura**

*Livello di cura richiesto dal caso, conseguente ad una valutazione di **instabilità clinica** (associata a alterazioni dei parametri vitali) e di **complessità assistenziale** (medica ed infermieristica).*

### **Intensità di cura o graduazione\* delle cure**

Per la misurazione dell'intensità di cura, l'autore indica alcuni elementi e delinea il concetto di in-



# L'ospedale del futuro prima parte

tensità di cura secondo:

- **la patologia/tipologia di ricovero;**
- **la gradazione della complessità del caso:**
  - bassa (es. ricovero sociale con degenza al confine tra clinico e sociale);
  - media (ricovero breve ma anche lungo ordinario);
  - alta (high care).

- **la durata della degenza**

il numero di giorni che il paziente trascorre nell'area di degenza dovrebbe definire l'intensità di cura. Alesani et al., 2006.

## Organizzazione per intensità di cura

L'intensità di cura è vista dagli autori come un'organizzazione che... *"assegna al malato il posto letto collocato nel settore più appropriato rispetto ai suoi bisogni assistenziali, legati non solo alla tipologia di ricovero, ma anche alla sua condizione clinica e di dipendenza"*. Briani e Cortesi, 2007

Graduare\* l'intensità di cura per ogni singolo paziente permette di rispondere in modo diverso (per tecnologie, per competenze, per quantità e qualità del personale assegnato) ai diversi gradi di instabilità clinica.

### 1. Intensità di cura

*"Assegna al malato il posto letto collocato nel settore più appropriato rispetto ai suoi bisogni assistenziali, legati non solo alla tipologia di ricovero, ma anche alla sua condizione clinica e di dipendenza"*\*

\* *dipendenza che rappresenta un'accezione prettamente di tipo assistenziale in ambito infermieristico. Briani e Cortesi, 2007*

### 2. Complessità assistenziale

(dell'assistenza infermieristica)

*"Insieme di prestazioni infermieristiche che si riferiscono alle diverse dimensioni dell'assistenza infermieristica espresse in termini di intensità d'impegno e quantità di lavoro dell'Infermiere". Moiset C, Vanzetta M., 2009*

Nel primo caso l'intensità dovrebbe guidare l'individuazione di un'area multi specialistica dove questi pazienti, che non necessitano di terapia intensiva ma non sono neanche "ordinari", possono trovare il corretto grado di assistenza medica ed

infermieristica. Questo caso è rappresentato dalla cosiddetta area *High Care* (consultare il "modello care-focused o patient-focused"), che si differenzia dal ricovero ordinario.

Nel secondo caso la complessità assistenziale è legata a fattori individuali quali le capacità cognitive del paziente, il suo grado di autosufficienza/dipendenza, la sua condizione sociale (se è solo o supportato da familiari) e il suo stato di salute complessivo.

### Assistenza per diversa intensità di cura

Si tratta di una filosofia organizzativa dell'ospedale e del reparto che riconosce la diversità del paziente in termini di **instabilità clinica** e **complessità di assistenza** di cui necessita.

Rappresenta la necessità di stabilire e classificare il tipo di cura medica e assistenza infermieristica di cui ha bisogno ciascun malato.

I pazienti che sono ricoverati nella stessa area specialistica spesso presentano quadri clinici differenziati in partenza in relazione:

- all'età
  - alle comorbilità
  - allo stato di salute complessivo
  - oppure in conseguenza di un intervento chirurgico più o meno importante che hanno subito.
- Inoltre nella stessa area specialistica si può incontrare:
- il paziente "fragile"
  - il paziente multiproblematico
  - il frequent-user

(durante il corso dell'anno i pazienti sopracitati hanno diversi accessi e quindi presentano quadri complessi, non necessariamente instabili da un punto di vista clinico; sono quindi pazienti che stabiliscono una forte connessione tra ospedale e territorio)

- il paziente anziano con probabile dipendenza (non autosufficienza), non necessariamente fragile, che richiede attenzioni perchè ha disordini cognitivi; quindi, indipendentemente dalla diversa instabilità clinica, il problema riguarda essenzialmente la complessità assistenziale
- il paziente acuto che non necessita di terapia intensiva
- il paziente post-chirurgico che necessita un monitoraggio medico

# L'ospedale del futuro prima parte

- il paziente affetto da patologia medica che necessita di intervento chirurgico.

L'ospedale per intensità di cura, quindi, prevede la valutazione della complessità del paziente secondo due parametri, ossia:

## INSTABILITÀ CLINICA

Associata ad alterazione dei parametri vitali.

## COMPLESSITÀ ASSISTENZIALE

Di tipo medico/infermieristica.

L'assegnazione del malato al setting più appropriato (**livello**) consegue alla valutazione dei livelli di intensità di cura.

### Valutazione della instabilità clinica

Per valutare la severità clinica ai fini di un trattamento ottimale, è necessario fare una preliminare stratificazione dei seguenti parametri:

- instabilità
- gravità
- criticità
- comorbidità
- dipendenza assistenziale.

Inoltre si prendono in considerazione questi possibili parametri di misura:

- *previsione di durata della degenza*
- *previsione di Drg*
- *previsione di spesa per i farmaci*
- *previsione di spesa per esami diagnostici.*

### Valutazione della complessità assistenziale

La complessità assistenziale, come già enunciato, dipende da svariate dimensioni e quindi non solo dalla gravità del caso clinico ma anche da altri fattori quali l'autosufficienza del paziente, i disordini cognitivi, la complessità della terapia che deve eseguire, il supporto o meno dei familiari, la batteria di esami che deve eseguire e che costantemente lo porta ad essere fuori reparto, ecc..

La complessità assistenziale è un metodo che permette quindi di "pesare", misurare e valutare la persona non solo dal punto di vista clinico ma anche da quello infermieristico\*.

\* È riferita alla qualità e alla quantità di prestazioni

*infermieristiche di cui ha bisogno ciascun degente ("quasi come si costruisce un abito su misura").*

Più che alla patologia in sé (stabilità/instabilità delle funzioni vitali, orientamento spazio-temporale, grado di comprensione dei problemi, grado di autonomia nella cura del sé) della persona assistita, si tiene conto della specificità dell'approccio infermieristico globale, orientato ai bisogni ed al conseguimento dell'autonomia.

L'Assistenza infermieristica è complessa perché:

- si rivolge a persone con bisogni di cura in costante variazione;
- è multidimensionale;
- è garantita da professionisti che erogano prestazioni complesse;
- il contesto dell'èquipes multiprofessionale e multidisciplinare richiede integrazione.

Il termine di complessità assistenziale dell'assistenza infermieristica ci permette di focalizzare due dimensioni fondamentali:

- **l'intensità di impegno**, intesa come condizione clinico-assistenziale che il paziente richiede nell'identificazione dei suoi bisogni e nell'espressione delle azioni di assistenza infermieristica;
- **quantità di lavoro dell'Infermiere**; in questo caso abbiamo visto che vi è una delibera regionale lombarda (**VI / 38133 del 6 Agosto 1998**) che enuncia che vi è un metodo per misurare il carico di lavoro e l'intensità d'impegno dell'assistenza infermieristica (che si basa sul reale bisogno della persona); questa formula si rapporta all'intensità di cura derivante da una determinata patologia, che si basa su una diagnosi medica che è sicuramente rappresentativa, ma non esaustiva, della condizione di salute e di bisogno del paziente.

La valutazione della complessità dell'assistenza viene fatta sulla base di alcune metodologie (**I.C.A., S.I.P.I., M.A.P.**) che verranno descritte successivamente.

L'instabilità clinica e la complessità assistenziale non sono in contrapposizione e devono essere prese entrambe in considerazione nella progettazione organizzativa, perché insieme contribuiscono all'organizzazione del nuovo ospedale.

# **Manuale per la sicurezza in sala operatoria: raccomandazioni e checklist**

*A cura di Annamaria Dorigatti*

La Direzione Generale della programmazione sanitaria, dei livelli di assistenza e dei principi etici di sistema, ha elaborato e reso noto nell'ottobre 2009, un Manuale per la Sicurezza in sala operatoria con Raccomandazioni ed un'accurata Checklist.

Ciò si è reso indispensabile vista la richiesta sempre più esigente per ciò che riguarda la qualità, la sicurezza e la centralità assistenziale in ambito Chirurgico.

L'obiettivo è quello di accrescere le abilità degli operatori sanitari e attuare strategie sempre più efficienti, al fine di poter ottimizzare la gestione del governo clinico fondato sui bisogni della persona.

In Italia, l'attività chirurgica per ricoveri "acuti", è quantificata percentualmente dal 40,6%. Di conseguenza seguono i monitoraggi sulla infezioni dei siti chirurgici e studi sull'incidenza degli eventi avversi ma con dati non ancora esistenti. Proprio per questo ci si impegna per implementare studi e ricerche data l'importanza della rilevante problematicità.

La complessità operativa delle sale operatorie, si contraddistingue per le condizioni acute dei pazienti, quantità d'informazioni richieste, l'urgenza con cui si procede, l'elevato livello tecnologico, corretta identificazione del paziente e rispettivo sito chirurgico, adeguata procedura di sterilizzazione dello strumentario, induzione all'anestesia ecc...).

L'aspetto comunicativo dell'equipe è sostanziale e così pure l'addestramento e un'adeguata formazione del personale medico ed infermieristico, nonché, oggi più che mai, delle figure di supporto.

Anche l'OMS, tramite il programma "Safe Surgery Saves Lives", evidenzia la stretta relazione intercorrente tra la sicurezza dell'assistenza chirurgica e vite umane potenzialmente salvate e nel 2008, ne sono state pubblicate e diffuse le relative linee guida.

Ecco allora i due punti principali per migliorare la qualità e la sicurezza degli interventi chirurgici eseguiti nel SSN:

1. la diffusione di RACCOMANDAZIONI E STANDARD DI SICUREZZA, per rafforzare i processi operatori
2. applicazione della CHECKLIST PER LA SICUREZZA IN SALA OPERATORIA, in tutte le sale operatorie e nel corso di tutte le procedure chirurgiche effettuate.

Lo sviluppo delle raccomandazioni, identifica 16 obiettivi specifici:

1. operare il paziente corretto ed il sito corretto
2. prevenire la ritenzione di materiale estraneo nel sito chirurgico
3. identificare in modo corretto i campioni chirurgici
4. preparare e posizionare in modo corretto il paziente



## Manuale per la sicurezza in sala operatoria: raccomandazioni e checklist

5. prevenire i danni da anestesia garantendo le funzioni vitali
  6. gestire le vie aeree e la funzione respiratoria
  7. controllare e gestire il rischio emorragico
  8. Prevenire le reazioni allergiche e gli avversi della terapia farmacologia
  9. gestire in modo corretto il risveglio ed il controllo post-operatorio
  10. prevenire il tromboembolismo post-operatorio
  11. prevenire le infezioni del sito chirurgico
  12. Promuovere un'efficace comunicazione in sala operatoria
  13. gestire in modo corretto il programma operatorio
  14. garantire la corretta redazione del registro operatorio
  15. garantire una corretta documentazione anestesiology
  16. attivare sistemi di valutazione dell'attività in sala operatoria.
- visualizzazione immagini durante l'intervento.
- Terza fase denominata SIGN OUT e cioè l'Infermiere di sala conferma verbalmente insieme all'equipe operatoria:
- nome della procedura chirurgica registrata
  - conteggio di strumenti, garze, bisturi, aghi e altro strumentario chirurgico
  - etichettatura del campione biologico
  - problemi o malfunzionamenti nell'utilizzo dei dispositivi
  - revisione degli elementi critici per l'assistenza post-operatoria
  - profilassi del tromboembolismo post-operatorio.

Sulla base delle indicazioni OMS, il Ministero della Salute ha adattato la checklist alla propria realtà nazionale identificando 20 item quale strumento guida per l'esecuzione dei controlli con la finalità di favorire in modo sistematico l'aderenza all'implementazione degli standard di sicurezza per prevenire la mortalità e le complicanze post-operatorie.

La checklist include tre fasi.

Prima fase denominata SIGN IN: conferma da parte del paziente di identità, procedura, sito e consenso.

Seconda fase denominata TIME OUT:

- presentazione dell'equipe
- chirurgo, anestesista ed Infermiere confermano il paziente, il sito, la procedura ed il corretto posizionamento
- anticipazione di eventuali criticità
- profilassi antibiotica



# Attendendo il nuovo ECM!

A cura di Beatrice Mazzoleni

“Una rivoluzione”, l’ha definita l’On. Fazio.

“I punti di forza di questa riforma sono le maggiori garanzie di qualità e indipendenza per l’aggiornamento professionale”, ha affermato il segretario nazionale della Commissione Ecm, Maria Linetti.

Infatti, il 13 gennaio 2010, la Commissione nazionale ECM, ha dato il via al nuovo programma per gli accreditamenti degli eventi formativi, secondo l’accordo del 5 novembre 2009 ai sensi dell’articolo 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano concernente il nuovo sistema di formazione continua in medicina “Accreditamento dei Provider ECM, formazione a distanza, obiettivi formativi, valutazione della qualità del sistema formativo sanitario, attività formative realizzate all’estero, liberi professionisti. (09A14613) (Suppl. Ordinario n.231)”, attraverso gli applicativi.

Dopo sette anni di sperimentazione, si entra quindi nella fase a regime, che regolerà in modo omogeneo, su tutto il territorio nazionale, il sistema ECM.

Il nuovo programma sancisce il passaggio dal sistema di accreditamento dei singoli eventi (16.000 nel 2008) all’accreditamento diretto dei provider (1.500 previsti) che, una volta accreditati, potranno erogare direttamente gli ECM.

Sono previsti due canali per l’accreditamento: uno nazionale e l’altro regionale.

Il nuovo sistema, prevede diverse modalità di acquisizione dei crediti, alcune completamente innovative, con l’obiettivo di rendere la formazione più accessibile, coerente con le necessità dei professionisti e adattabile alle diverse realtà operative, modifican-

do fenomeni che finora hanno portato allo scarso o nullo riconoscimento di attività per l’acquisizione di crediti, come singole esperienze professionali, pubblicazioni, ricerche, ecc.

“Si vuole assicurare efficacia, appropriatezza, sicurezza ed efficienza all’assistenza erogata dal Servizio Sanitario Nazionale. La formazione continua viene, infatti, riconosciuta come uno strumento di cambiamento dei comportamenti sia individuali che collettivi per promuovere lo sviluppo professionale ma anche, per migliorare la qualità dei servizi resi ai cittadini” afferma Gennaro Rocco, Vice Presidente della FNC e membro della Commissione Nazionale ECM.

Per i professionisti coinvolti, le modalità di formazione e relativa acquisizione dei crediti saranno suddivise principalmente in tre modalità:

1. formazione residenziale (RES): attraverso convegni, congressi, seminari, corsi, ecc.;
2. formazione a Distanza (FAD): viene rivalutata, valorizzandone l’accessibilità e l’economicità, ponendo come tetto massimo per la categoria infermieristica, del 60% del totale dei crediti acquisiti. Potrà essere effettuata come autoapprendimento con tutoraggio o autoapprendimento senza tutoraggio;
3. formazione sul campo (FSC): è la possibilità di acquisire crediti, attraverso l’attività svolta in ambito lavorativo, secondo le competenze dei singoli operatori. È prevista la partecipazione ad attività di ricerca, ad attività di training individualizzato, a commissioni, a gruppi di miglioramento e/o audit clinici.





In linea con il citato Accordo del 5 novembre 2009, in data 10 febbraio 2010, la Regione Lombardia con la Delibera VIII/011267, ha pubblicato le "determinazioni in merito all'attuazione del nuovo sistema lombardo ECM-CPD (educazione continua in medicina-sviluppo professionale continuo) anno 2010", nel quale è riportato che **"in campo sanitario, il monitoraggio del sapere, mediante la formazione, è sempre stato un'esigenza ed un dovere deontologico, in quanto gli operatori che si devono occupare della cura delle persone devono essere dotati di massima competenza e professionalità possibili"**.

Tale documento fornisce indicazioni operative ai provider che intendono accreditarsi per l'anno 2010 e successivi. Per l'anno in corso, si proseguirà con il metodo delle indicazioni date per il triennio 2008-2010, acquisendo un totale di 150 crediti.

Ogni professionista, dovrà quindi acquisire minimo 25, massimo 75 crediti ogni anno, potendo anche considerare 60

crediti già acquisiti negli anni precedenti al 2008.

Attendiamo quindi ora indicazioni precise tramite il manuale attuativo del nuovo sistema ECM, nella speranza che gli obiettivi indicati nell'accordo Stato Regioni, vengano resi concreti nell'attuazione del nuovo sistema.

Questo permetterebbe agli infermieri di ottenere una formazione continua efficace e di qualità con metodiche varie, secondo le esigenze personali e professionali del singolo e riconoscendo le numerose attività di formazione che quotidianamente ogni professionista svolge nella propria realtà lavorativa, ma che fino ad oggi non sono state valorizzate, obbligando gli infermieri a "rincorrere" punteggi sostenendo non poche difficoltà sia organizzative che economiche.



# L'infermieristica nel **processo evolutivo** del'innovazione

## Dalla formazione all'esercizio professionale

### PATROCINI RICHIESTI



### A I Med

Associazione Infermieri  
del Mediterraneo

### I COLLEGI IPASVI

AGRIGENTO BARI BAT BERGAMO CATANIA L'AQUILA LA SPEZIA  
LECCE MILANO MODENA PERUGIA RAVENNA TORINO VARESE VERCELLI VITERBO

### IN COLLABORAZIONE CON

Corsi di laurea in Infermieristica delle Università di  
BARI BOLOGNA (Polo Formativo di RAVENNA)  
L'AQUILA MODENA TORINO

Centro Congressi Pugnochiuso

# 30 MAGGIO 2 GIUGNO 2010



### CONTACT

Tel. 345 21 66 113

[www.gimaxcongressi.it](http://www.gimaxcongressi.it)

Fax 080 22 09 268

Email [segreteria@gimaxcongressi.it](mailto:segreteria@gimaxcongressi.it)

SEGRETERIA ORGANIZZATIVA

