

SCRIPTA MANENT - Anno XVI n. 55 - Agosto 2010 - Spedizione in abbonamento postale - art. 2 comma 20/c l.662/96 - BG



# Scripta Manent

n.55



Notiziario a cura del Collegio IPASVI Bergamo

# Sommario

<i>Gli infermieri allo specchio: cosa pensiamo della nostra professione?</i> A cura di Ilaria Porto	pag. 3
<i>L'Infermieristica nel processo evolutivo dell'innovazione</i> A cura di Marina Lanzi	pag. 5
<i>Il ruolo dell'OSS: la lettera di richiamo del Collegio IPASVI</i>	pag. 11
<i>Lo scaffale. "International disaster nursing"</i>	pag. 14
<i>L'Ospedale del futuro (parte seconda)</i> A cura di Salvatore Piliero	pag. 15
<i>L'emergenza infermieristica continua</i>	pag. 26
<i>Corsi ECM settembre, ottobre, novembre</i>	pag. 30

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

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

**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.

# Gli infermieri allo specchio: cosa pensiamo della nostra professione?

A cura di Ilaria Porto

Il 12 maggio 2010 si è tenuto a Bergamo presso l'auditorium del Liceo L. Mascheroni, l'evento formativo dedicato alla festa degli infermieri, dal titolo "Gli infermieri e l'immagine sociale: come farci conoscere".

In occasione di questa giornata è stato chiesto agli infermieri partecipanti di rispondere ad alcune domande riguardanti la percezione che i singoli professionisti hanno relativamente la propria professione.

Sono stati consegnati 260 questionari, di questi, 235 sono stati resi compilati.

Il questionario è composto da 11 domande chiuse e una aperta.

Le domande a cui è stato chiesto di rispondere sono:

- "Solitamente in occasione del primo incontro con l'utente ti presenti?"
- "Come ti qualifici?" (infermiere, infermiere professionale, non mi qualifico)
- "Spieghi all'utente le manovre mentre le esegui?"
- "Sei orgoglioso di essere infermiere?"
- "Parli della tua professione con i tuoi familiari?"
- "Avresti piacere che tuo figlio intraprendesse la carriera di infermiere?"
- "Cosa ne pensi in merito all'affermazione: "L'infermiere è l'operatore sanitario che in possesso del diploma universitario abilitante e dell'iscrizione all'albo professionale è responsabile dell'assistenza infermieristica?" (vera, falsa, ha complicato la nostra attività, ha comportato maggiori rischi professionali, vera ma difficile da applicare)
- "Pubblicizzare la nostra professione sui media può essere utile?"
- "Qual è il canale migliore?" (tv, quotidiani, riviste, altro)
- "La formazione universitaria è stata una crescita per la professione?"

- "Incontri difficoltà nel distinguerti da altre figure professionali ASA, OSS...?"

- "Indica un termine che secondo te descrive la tua professione" (domanda aperta)

Le risposte che sono state raccolte hanno mostrato numerose peculiarità.

175 infermieri dichiarano di presentarsi in occasione del primo incontro con i pazienti, mentre i restanti 60 dichiarano di non presentarsi.

La maggior parte dei partecipanti (n°155) si definisce "Infermiere", mentre 43 dei presenti si definisce, ancora, "Infermiere professionale", nonostante tutti noi ben sappiamo che questa dicitura sia stata *da tempo abolita* a livello normativo, e che non esista più alcuna distinzione tra infermiere generico e professionale.

La quasi totalità dei presenti dichiara di spiegare all'utente le manovre mentre le esegue, e questo è indice sicuramente di buona professionalità.

158 dei presenti si dichiara orgoglioso di essere un infermiere e 72 lo sono solo "a volte", mentre solo 4 dichiarano di non esserlo affatto. Si è aperta una piccola discussione circa questo punto, ci si è chiesti come mai alcune persone non siano orgogliose della propria professione o lo siano solo in parte in determinate occasioni. Talvolta le frustrazioni e le difficoltà derivanti dal nostro lavoro ci fanno dimenticare la motivazione che ci ha spinto a intraprendere questa professione.

208 dei presenti dichiarano di parlare della propria professione con i familiari, e la maggior parte dei presenti (112 persone) preferirebbe che il proprio figlio non intraprendesse la professione di infermiere. Anche in questo caso si è aperta una discussione, e molti hanno riferito che preferirebbero che i propri figli scegliessero una professione che li porti più "lontano", vorrebbero che "mirassero più in alto" (o si dovrebbe dire, forse, "mirare in un'altra direzione"?).

## *Gli infermieri allo specchio: cosa pensiamo della nostra professione?*

A questo proposito però, è sorta spontaneamente da parte della presidente, una domanda fuori programma: " quanti di voi se tornassero indietro sceglierebbero di rifare l'infermiere?". Per alzata di mano, la maggior parte dei presenti ha risposto positivamente, dimostrando comunque una grande componente di orgoglio per la nostra professione.

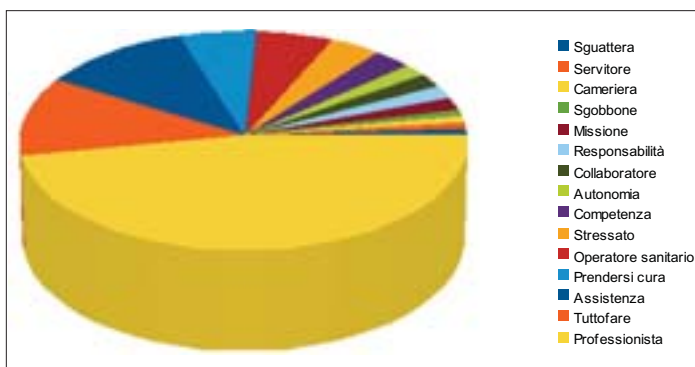
La maggior parte dei presenti (110 persone) ritiene che l'affermazione: L'infermiere è l'operatore sanitario che in possesso del diploma universitario abilitante e dell'iscrizione all'albo professionale è responsabile dell'assistenza infermieristica? Sia vera, ma sia di difficile applicazione.

203 persone credono sia utile pubblicizzare la professione sui media e credono che i canali migliori siano tv e internet.

La formazione universitaria è considerata una crescita dalla maggior parte dei partecipanti (182 persone), e 162 di essi (contro i 69 restanti) non trova difficoltà nel distinguersi dagli altri professionisti.

L'analisi delle risposte fornite all'ultima domanda, quella aperta, ha dato il via a una serie di termini, talvolta infelici, che i presenti hanno usato per esprimere la propria percezione dell'infermiere.

A tal proposito si riporta di seguito il grafico che mostra i termini utilizzati:



Il senso di frustrazione, forse, ha fatto da padrone in queste risposte, anche se i termini "professionista", "assistenza", "prendersi cura", sono stati ampiamente espressi.

Si è aperta un'accesa discussione tra i presenti circa la distinzione che si tende a fare generalmente, tra il percorso formativo infermieristico attuale, e quello passato (pre e post università), e, conseguentemente, alla preparazione dei professionisti. Si è reso evidente che ogni infermiere difende le proprie conoscenze e la propria cultura professionale, ma spesso, sia da un lato che dall'altro (ovvero sia da parte di infermieri "nuove leve", che di infermieri con esperienza) si eccede in presunzione, ritenendo che il proprio percorso formativo sia il migliore e l'altro non sia (o non sia stato) sufficientemente adeguato a formare professionisti preparati. C'è da dire però, che questa "lotta generazionale" (tipica poi in qualunque ambiente, non esclusivamente in quello infermieristico), non ha mai portato nessun frutto, principalmente perché è futile spendere energie per distinguere due percorsi formativi che sono solo due rami di uno stesso tronco comune, e che portano entrambi, alla nascita di infermieri sicuramente preparati e motivati, sia che essi abbiano un titolo universitario o meno. È importante non dimenticare che una componente fondamentale della professione infermieristica sta proprio nell'esperienza lavorativa, che un neo-laureato per natura non ha, ma che deve avere la possibilità e la volontà di acquisire negli anni di pratica, e che un infermiere più esperto in tal senso, deve potergli trasmettere al fine di poter garantire un'assistenza il più possibile qualificata all'utente, fine primo del nostro lavoro.





*A cura di Marina Lanzi*

**N**ell'ormai tradizionale incontro organizzato dai collegi IPASVI di Bari, Bat, Bergamo, Catania, L'Aquila, LaSpezia, Lecce, Milano-Lodi, Modena, Perugia, Rimini, Torino, Varese, Vercelli e Viterbo in collaborazione con i Corsi di Laurea in Infermieristica delle Università di Bari, Bologna (Polo Formativo di Rimini), L'Aquila, Modena e Torino, tenutosi dal **30 Maggio al 2 Giugno al Centro Congressi di Pugnochiuso (Foggia)**, si è discusso di infermieristica e progresso tecnologico.

Nella prima giornata, il Presidente del **Collegio IPASVI di Bari - Saverio Andreula** - apre i lavori ricordando che la prima edizione risale al 1984-85 e ad oggi, alla presenza degli studenti di Infermieristica, l'obiettivo è di valorizzare al meglio la formazione nella visione del progresso tecnologico e culturale. Viene sottolineata la continuità che caratterizza l'evento formativo e la collaborazione fornita dai numerosi Collegi aderenti all'iniziativa e che hanno dato il loro contributo e la loro disponibilità dal punto di vista organizzativo.

Gli obiettivi dell'evento vedono **l'analisi dell'evoluzione dell'infermieristica**, per comprendere come l'assistenza infermieristica si integra e viene influenzata dal progresso e dall'evoluzione tecnologica. Il valutare gli aspetti di interesse etico e deontologico che l'innovazione tecnologica comporta, analizzare e affrontare lo **stato dell'arte dell'Infermieristica in Università**. Comprendere - infine - le **attuali**

**dinamiche comunicative** e conoscere metodi e strategie per rendere visibile all'esterno l'infermieristica e l'Infermiere, confrontando le esperienze comunicazionali ed editoriali dei Collegi Provinciali a favore dell'immagine professionale.

Nell'intervento tenuto dal **Dott. Gennaro Rocco - Vice Presidente della Federazione Nazionale e Presidente del Collegio IPASVI di Roma** - vengono presentate le iniziative e le attività della **Fepi** ([www.Fepi.org](http://www.Fepi.org)) e viene analizzata l'attuale situazione del Sistema Sanitario in Italia.

Viene sottolineato che al centro dell'organizzazione sanitaria, non viene più posta la malattia, ma il malato stesso e il sistema si orienta per il passaggio verso la centralità della persona; conseguentemente la professione infermieristica prosegue nell'evoluzione dalla sussidiarietà,



## L'infermieristica nel processo evolutivo dell'innovazione

ormai lasciata alle spalle, verso l'autonomia professionale. Ma sorgono due importanti quesiti: gli infermieri sono pronti?

La professione è in grado di orientare le scelte politiche in tal senso?

I nuovi modelli organizzativi ci richiamano l'attenzione all'efficienza dei servizi, all'ottimizzazione dell'impiego delle risorse umane e questo non vede coinvolti solo la dirigenza ma anche il singolo professionista, ovunque esso operi.

Guardiamo alle conquiste e ai traguardi del nostro gruppo professionale: **oggi possiamo vantare i primi due Dottori in Ricerca Infermieristica** e questa conquista è recentissima.

La Legge 43/06 al primo livello parla di professionisti, ma al secondo parla di coordinatori che gestiscono i processi organizzativi dal punto di vista manageriale e organizzativo.

Non parliamo di professionisti nelle materie clinico/assistenziali, ma in quelle manageriali, quali negoziatori di budget e di bisogni formativi e questa è una figura ancora da costruire...

Il terzo livello è il punto critico dei professionisti in possesso di Master di primo livello in funzioni specialistiche. L'esplosione di Master clinici dopo la Legge 43/06 è notevole e del resto la carriera manageriale è limitata nei numeri, anche se resta uno stimolo e una opportunità di carriera.

**Due sono le novità portate al Convegno da Gennaro Rocco:** l'ormai probabile conclusione verso il **Decreto Applicativo della 43/06** e la **Legge 153/09 concernente l'erogazione da parte delle Farmacie di specifiche prestazioni professionali** (art.1 : operatori abilitati) "l'erogazione dei servizi di cui al presente decreto può essere effettuata esclusivamente dagli infermieri e dai fisioterapisti...".

Il **DDL 1552 trattante la Libera Professione Intramoenia** anche per gli Infermieri è in fase di dibattito parlamentare.

In qualità di membro della Commissione Nazionale per la formazione continua (ECM) il Dott. Rocco, espone inoltre le ultime novità in seguito all'entrata in vigore dal **1° Maggio del programma per il processo di accreditamento dei provider**.

Le criticità emerse, vengono individuate nell'attuazione di eventi formativi con programmi con scarsa attinenza all'ambito specifico dei professionisti e la conseguente scarsa ricaduta sull'esercizio professionale, l'impossibilità di valutare/verificare l'apprendimento sul quotidiano quindi il report nell'ambito operativo. Altri aspetti di criticità sono la disomogeneità dell'offerta sul territorio nazionale, la penalizzazione della scarsa attivazione di eventi formativi aziendali e lo scarso riconoscimento dell'avvenuto aggiornamento.

A partire dall'1/01/11 le regole di trasparenza e i criteri di assegnazione dei crediti saranno eguali e il **Dossier Formativo** potrà essere individuale o di gruppo, con l'obiettivo che ogni singolo professionista potrà visionare la propria situazione ECM e i contenuti formativi del proprio percorso di aggiornamento, accedendo attraverso un portale con una password personale: quindi non un portfolio di competenze ma specificità formative attraverso attività documentabili. ( per approfondimenti: [www.agenas.it](http://www.agenas.it)).



## L'infermieristica nel processo evolutivo dell'innovazione

In un successivo intervento la **Dott.ssa Patrizia Di Giacomo - Presidente Collegio IPASVI di Rimini** - illustra che l'allungamento della vita media, la cronicità delle patologie, lo sviluppo della conoscenza scientifica e la tecnologia ci deve far riflettere che il limite esiste e che la stagione dei diritti dei pazienti è uno scenario in evoluzione: "la persona viene letta come individuo che esprime dei diritti che devono essere garantiti e tutelati".

Le norme giuridiche indicano che la liceità del trattamento sanitario è legata al consenso informato e ad una informazione adeguata.

Il dibattito attuale si concentra sul **se e quando** interrompere le cure e se ciò può divenire una forma velata di **eutanasia** poiché "a volte ciò è vissuto come fallimento dei trattamenti e diventa fonte di conflitto etico".

La valutazione della qualità di vita è essenzialmente soggettiva e l'individuo rappresenta la sorgente principale di informazione sulla sua qualità di vita: qui entra in gioco l'Infermiere quale responsabile del processo assistenziale, prendendosi cura della persona nella sua totalità e nella gestione del suo progetto di vita.

La relazione infermiere/persona assistita si sviluppa a volte in maniera subita e talvolta gli Infermieri hanno sentimenti di dissonanza con quanto sentono a volte i Medici che non sono consapevoli dei dilemmi etici provocati. Nella relazione con i familiari l'interlocutore preferenziale resta l'Infermiere che aiuta a percepire come dare informazioni.

Tra Settembre/Ottobre 2008 - attraverso uno studio descrittivo/osservazionale - si è andati ad analizzare e comprendere la rilevanza delle problematiche di fine vita nella percezione di Medici e Infermieri, identificando le conoscenze, le opinioni sull'accanimento terapeutico e sull'eutanasia, indagando il loro comportamento nella pratica.

"Temi quali Indagini diagnostico/invasive in

pazienti con bassa aspettativa di vita e l'eventualità in cui il paziente manifesti il proprio diritto di opporsi all'adesione a tali indagini sono dibattiti ormai quotidiani".

Da tale indagine risulterebbe che i Medici spesso prendono le decisioni da soli o col minimo contributo di altre figure professionali (1%), oppure si consultano con colleghi e quando coinvolgono i familiari spesso dominano le decisioni.

Termina poi la Dott.ssa Di Giacomo: "La consapevolezza del significato di accanimento terapeutico si accompagna ad una minore chiarezza di eutanasia: i relativi interventi all'interno di tale consapevolezza attraverso l'attitudine culturale aiutano ad accompagnare le persone nelle loro scelte".

Nell'intervento della **Dott.ssa Maria Caputo - Vice Presidente Nazionale Associazione Infermieri Camera Operatoria** - si affronta il tema della ricerca dal punto di vista del Codice Deontologico che all'art.12 dichiara: "l'Infermiere riconosce il valore della ricerca, della sperimentazione clinica e assistenziale per l'evoluzione delle conoscenze e per i benefici dell'assistito". All'art.29: "l'Infermiere concorre a promuovere le migliori condizioni di sicurezza dell'assistito e dei familiari e lo sviluppo della cultura dell'imparare dall'errore. Partecipa alle iniziative per la gestione del rischio".



## L'infermieristica nel processo evolutivo dell'innovazione

E.B.N.	COMPETENZA
	SAPERE SAPER FARE
PREFERENZE DEL PAZIENTE RISORSE DISPONIBILI	AGIRE QUOTIDIANO
	AUTONOMIA RESPONSABILITA'
PROGETTARE - PIANIFICARE - VALUTARE	= SODDISFAZIONE DEL PAZIENTE

**Addestramento** è la parola chiave per utilizzare la nuova tecnologia: invece si assiste all'esclusione dell'Infermiere e del Coordinatore nella scelta della tecnologia da introdurre e la tecnologia spesso la sceglie chi non la deve usare!

La normativa vigente vede la manutenzione in gestione al Coordinatore ( L.46/97 ) e resta importante fornire la tracciabilità, la carta d'identità dell'apparecchiatura, il codice-intervento e il codice di esito.

Innovazione Tecnologica
+
Assistenza Infermieristica
=
Sicurezza per il paziente

Nella seconda giornata il **Presidente del Corso di Laurea in Infermieristica Università di Torino - Prof. Valerio Dimonte** - ci sottopone l'interrogativo verso cui stiamo andando, se siano sufficienti tre anni di formazione e la differenza tra la formazione di base e formazione post-base. "Non c'è il minimo dubbio che i ruoli di tutti i professionisti della salute, compresi quelli dei Medici, dovranno essere più flessibili se vorranno essere più efficaci" WHO - Nursing Practice, Technical Reports Series n.860 Geneve. L'evoluzione della tecnologia ridefinisce gli ambiti: consideriamo che prima del 1974 la rileva-

zione della pressione arteriosa era un atto medico. Cambiamenti più generali all'interno della società, nel contesto socio-economico-culturale, il cambiamento dei problemi di salute ha cambiato in maniera radicale i ruoli professionali.

Negli anni 60/70, si sviluppa una cultura del diritto alla salute e si parla di nuova formazione con un Infermiere in grado di rispondere a bisogni anche di natura psicologica.

La richiesta di maggiori requisiti per l'accesso e l'attivazione di un percorso formativo più lungo ci hanno condotto fino alla realtà attuale. Negli anni 70/80 l'Infermiere diventa globale e polivalente con esigenze di aumento della qualità.



La L.42/99 vede specificata la responsabilità nel proprio ambito professionale secondo il profilo (D.M. 739/94), il Codice Deontologico e la Formazione post-base.

Bisogna quindi dare tempo agli studenti per rielaborare l'esperienza poiché se non vi è rielaborazione non vi è consapevolezza, questo secondo la pedagogia.

La **Dott.ssa Cristina Petrucci - Ricercatore Università degli Studi dell'Aquila** - ci illustra quanto in Medicina la simulazione abbia radici lontane, da Fabricius H. ( 1533/1619) ad Alexil



## L'infermieristica nel processo evolutivo dell'innovazione

Carrel, chirurgo francese.

**L'uso dei simulatori** approdò in Medicina negli anni 60 e anche nella pratica infermieristica ha portato vantaggi: il primo è che non vi è nessun rischio per il paziente, che possono essere simulati gli scenari più disparati e gli eventuali errori questi possono essere discussi senza stress.

"E' possibile fare de-briefing: ovvero osservazione e discussione col tutor e si possono analizzare e discutere le situazioni. Nella simulazione si prende solo la parte positiva che ci fa crescere dall'analisi dell'errore, dal quale si deve imparare.

Si possono creare scenari complessi e si può interagire per migliorare aspetti tecnici all'interno del gruppo e della leadership".

### Confucio 551 A.C. - 479 A.C.

Ascolto e dimentico

Guardo e ricordo

Faccio e capisco

**La clinical judgement** è una capacità che nasce dall'esperienza, una capacità di giudizio clinico e deriva da:

1. osservazione
2. interpretazione della situazione
3. reazione dello studente
4. riflessione

"Si tratta di un processo di nursing applicato sulla situazione in un feedback continuo col tutor e rielaborato nell'esperienza in maniera costruttiva".

Prosegue la Prof.ssa Petrucci "I giovani studenti sono attratti dal mondo virtuale che suscita in loro un grande interesse e quindi approfittare di questo dato per trasporlo nell'apprendimento può solo che diventare più efficace.

**In campo assistenziale non si può imparare solo sui libri:** il 10% di ciò che noi facciamo è ciò che abbiamo solo letto, il 30% è ciò che ab-

biamo solo visto, il 90% è la somma tra il visto e il fatto".

Migliorare la performance professionale

Migliorare nel senso del rischio

Nella Tavola Rotonda a conclusione della giornata è stata presentata una indagine conoscitiva sugli **infortuni accorsi agli studenti del Corso di Laurea in Infermieristica di Modena**, negli anni dal 2002 al 2009.

**La Dott.ssa Paola Ferri - Coordinatore Polo Formativo di Modena** - tratta il tema poco conosciuto del fenomeno degli infortuni biologici quale fattore di vulnerabilità soprattutto perché determinato dalla limitata esperienza clinica e scarse abilità tecniche.

Tipologia di infortuni sono al 57% punture d'aghi, 23% contatti con materiale biologico poi scendendo fratture, sincope, infortuni in itinere... il 2° Anno di Corso pare quello a maggior rischio per il numero di infortuni (54%) con una diminuzione al 3° probabilmente per l'aumentata competenza.

Almeno la metà degli infortuni non vengono denunciati e questo lo si è appurato dall'indagine attraverso questionari anonimi (il 49% degli studenti dichiara un infortunio nel percorso di tirocinio - Talas MS, 2009) e lo scrutinamento dei dati di infortunio nelle segreterie studenti.

Nella Terza giornata **la nostra Presidente Beatrice Mazzoleni** presenta i lavori con **Giovanni Muttillo - Presidente Collegio IPASVI di Milano-Lodi**, gestendo gli interventi dei relatori inerenti la tematica del riconoscimento professionale, della modifica dell'immagine nei confronti della società e delle attività svolte dai Collegi Provinciali, dai Coordinamenti Regionali e dalla Federazione Nazionale per lo sviluppo della nostra immagine.

**Emma Martellotti - Responsabile Ufficio Stampa Federazione Nazionale Collegi IPASVI** - apre il dibattito inerente la comunicazione

## L'infermieristica nel processo evolutivo dell'innovazione

e i rapporti con stampa e televisione.

"Ci troviamo, quando leggiamo fatti di cronaca che vedono coinvolti Infermieri, se da un lato la gente si fida degli Infermieri, dall'altro non ha idea di cosa facciamo".

### Ma dipenderà anche un po' da noi?

Dall'analisi effettuata ne deriva che in 50 anni si è compiuto il processo di professionalizzazione che ci ha visto partire dal Codice Deontologico del 1960 ( art.1 "professione sanitaria ausiliaria" ) arrivare al Codice Deontologico del 2009 (art.1 "...è il professionista sanitario responsabile dell'assistenza infermieristica...").

Bisogna sviluppare la cultura infermieristica e con la Federazione Nazionale IPASVI si è raggiunto proprio in questi giorni l'importante traguardo di **indicizzazione della rivista nazionale "L'Infermiere"**. E' inoltre necessaria una **gestione professionale della comunicazione istituzionale e scientifica** tramite i propri organi rappresentativi (Federazione - Collegi - Associazioni ) e la Federazione IPASVI e i Collegi possono e devono avere un ruolo decisivo nel processo di accreditamento. "Serve un maggiore investimento sulla ricerca che produce articoli scientifici" dichiara la Dott.ssa Martellotti.

La partecipazione della Federazione Nazionale alla **Giornata Nazionale del Sollievo del 30/05** e l'emanazione del **francobollo con la campagna "Affranca la vita"**, sposta l'asse dell'alleanza terapeutica valorizzando l'assistenza. La maratona **"Race the cure 2010"**, svoltasi a **Roma il 16 maggio**, verrà ripetuta in una **seconda edizione a Bari il 23 maggio**, a **Bologna il 26 settembre** e a **Napoli il 10 ottobre**. Nell'intervento di **Francesco Falli - Presidente Collegio IPASVI di La Spezia** - viene illustrata l'esperienza vissuta dal Collegio di La Spezia nella comunicazione con i mass media nella quale "l'obiettivo prioritario deve essere quello di comprendere le dinamiche comunicati-

ve e coinvolgere la stampa".

E' la stessa immagine percepita dalla società che rema contro gli Infermieri, dai film anni 60 ai varietà, sulla professione pesa un fardello di stereotipi e di luoghi comuni mentre ad esempio, nella realtà americana vi sono commissioni di vigilanza incaricate di monitorare l'immagine dell'Infermiere.

Intanto spesso nei fatti di cronaca ove si trova coinvolto un Infermiere, mentre in un titolo fuorviante viene nominato l'infermiere come protagonista del fatto, leggendo l'articolo si scopre invece che si tratta di un ausiliario o altro operatore di supporto.

### Vincenzo Griesi - Giornalista del Corriere della Sera

- invitato alla tavola rotonda, fa osservare che la "criticità maggiore risiede nel fatto che il titolo del giornale viene creato dal titolista mentre è il giornalista che ne illustra i contenuti; per cui spesso può capitare che il titolo parli di fatto avvenuto ad un Infermiere quando nel contenuto è specificato il reale ruolo del contestato. Del resto il titolo attrae l'acquirente". A tale affermazione ne deriva naturalmente un richiamo a porre maggiore attenzione all'utilizzo della terminologia, poiché non è possibile modificare la peculiarità della professione in funzione alle regole di vendita del mercato.

A conclusione dei lavori, in seguito anche ad una approfondita discussione con la platea, risultata propositiva e analitica durante le tre giornate possiamo raccogliere l'input lanciato che l'attuale società richiede ed esige sempre più cultura, formazione, tecnologia e preparazione e **solo la classe infermieristica può diventare il motore professionale di se stessa!**



# Il ruolo dell'OSS: la lettera di richiamo del Collegio Ipasvi

*Pubblichiamo integralmente la lettera che è stata inviata a tutte le case di cura e di riposo della Provincia di Bergamo per richiamare l'attenzione sul ruolo dell'OSS.*

INFERMIERI PROFESSIONALI  
ASSISTENTI SANITARI  
VIGILATRICI D'INFANZIA



## Collegio Provinciale di Bergamo

24125 Bergamo – Via Borgo Palazzo 81  
Telefono 035/217090 – fax 035/236332  
[www.ipasvibergamo.it](http://www.ipasvibergamo.it)  
E-mail: [collegio@infermieribergamo.it](mailto:collegio@infermieribergamo.it)

Prot. N.240 /10/MB

Alla cortese attenzione del  
Direttore Generale  
E p.c. Responsabile del Personale

Bergamo, 09 febbraio 2010

**Oggetto:** OSS e ASA Precisazioni riguardanti profilo professionale Operatori Socio Sanitari e Ausiliari Socio Assistenziali

Egregio Direttore Generale,  
in seguito a segnalazioni di impiego improprio del personale di supporto in attività assistenziali e rilevazioni di criticità operative, il Collegio IPASVI Provinciale di Bergamo, con la presente desidera puntualizzare alcuni aspetti inerenti all'impiego del personale ASA e OSS nelle strutture assistenziali.

Obiettivo fondamentale e certamente condiviso, è quello di evitare l'insorgere di situazioni pericolose e talvolta illegali e conseguentemente di tutelare la salute e la sicurezza del cittadino.

Ricordo che la normativa vigente per quanto concerne la figura dell'OSS fa riferimento a:

- Accordo Stato Regioni Atto n. 1161 del 22 febbraio 2001.
- D.g.r. n. VII/5428 del 6 luglio 2001
- D.g.r. n. VIII/ 5101 del 18 Luglio 2007

## *Il ruolo dell'OSS: la lettera di richiamo del Collegio Ipasvi*

*Da tali fonti si possono chiaramente evincere gli ambiti di attività specifici delle figure in oggetto, definendo l'operatore di supporto come colui "...che opera in base a criteri di bassa discrezionalità ed alta riproducibilità affiancabile a diverse figure... agisce in base alle competenze acquisite ed in applicazione dei piani di lavoro e dei protocolli operativi predisposti dal personale sanitario preposto..., responsabile del processo assistenziale".*

*Come indicato nel Decreto del Ministero della Sanità n. 739/94, all'art.1 "l'infermiere è l'operatore sanitario che in possesso del diploma universitario abilitante e dell'iscrizione all'Albo professionale è responsabile dell'assistenza generale infermieristica".*

*All'art.3 è inoltre specificato che:*

*"L'infermiere:*

- a) partecipa all'identificazione dei bisogni di salute della persona e della collettività;*
- b) identifica i bisogni di assistenza infermieristica della persona e della collettività e formula i relativi obiettivi;*
- c) pianifica, gestisce e valuta l'intervento assistenziale infermieristico;*
- d) garantisce la corretta applicazione delle prescrizioni diagnostico- terapeutiche;*
- e) agisce sia individualmente sia in collaborazione con gli altri operatori sanitari e sociali;*
- f) per l'espletamento delle funzioni si avvale, ove necessario, dell'opera del personale di supporto;"*

*Quanto giunto alla nostra attenzione, in alcuni casi, risulterebbe essere in aperto contrasto con la normativa vigente.*

*Non è previsto, infatti, prevedere tra le attività a bassa discrezionalità ed alta riproducibilità azioni quali:*

- Esecuzione di prelievi venosi;*
- Preparazione di farmaci di qualsivoglia natura;*
- Somministrazione in autonomia di terapie farmacologiche;*
- Esecuzione di medicazioni complesse;*
- Esecuzione di enteroclistmi con sonda lunga;*
- Sostituzione di flaconi per flebo terapia;*
- Rimozione cannule venose;*

## *Il ruolo dell'OSS: la lettera di richiamo del Collegio Ipasvi*

*Questi sono solo alcuni esempi delle segnalazioni sulle pratiche assistenziali pervenute a codesto organo di controllo.*

*Per quanto concerne la figura dell'ASA il riferimento legislativo è il D.g.r. n. VIII/7693 del 24 Luglio 2008.*

*Fatto salvo per alcuni aspetti comuni nella sfera domestico-alberghiera, i margini nell'assistenza diretta per la figura dell'ASA sono ancora più ristretti.*

*Vengono inoltre segnalate situazioni nelle quali l'attività di coordinamento del personale assistenziale verrebbe affidata ad operatori di supporto, quando come è noto è previsto che tale ruolo venga ricoperto da un Infermiere in possesso di formazione specifica e che sia quindi in grado di attuare comportamenti organizzativi e professionali in sicurezza e autonomia, come definito dalla Legge 43/2006.*

*Nella certezza che la presente nota venga assunta quale promemoria nel riportare attenzione alle specifiche professionalità degli operatori presenti presso la Sua struttura, auspico un'efficace collaborazione al fine di assicurare un'assistenza qualitativamente eccellente e sicura nei confronti degli assistiti.*

*Nella speranza di fare cosa gradita, si allega per conoscenza materiale legislativo prodotto da codesto Collegio.*

*Restando a disposizione per eventuali chiarimenti, è gradita l'occasione per porgere cordiali saluti.*

*Il Presidente  
Mazzoleni Beatrice*





## Lo scaffale “International Disaster Nursing”

A partire dallo scorso Maggio 2010, dopo un lavoro di oltre 3 anni è stato dato alle stampe *International Disaster Nursing*. Edito da R. Powers e E. Daily, il testo è stato pubblicato a cura della **Cambridge University** e della **World Association for Disaster and Emergency Medicine (WADEM)**, si propone come punto di riferimento internazionale.

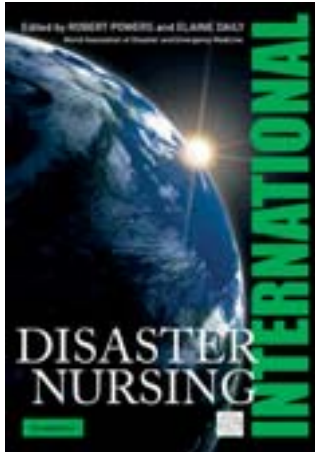
Il testo definisce ed esplora i molti ruoli degli Infermieri all'interno di team multidisciplinari, e può essere considerato uno strumento particolarmente efficace nella formulazione di piani relativi alla risposta ad eventi maggiori.

Esperti internazionali provenienti da 14 diversi paesi hanno prodotto articoli relativi al rischio biologico, chimico, ad eventi naturali, pandemici e disastri da esplosione.

Altri autori hanno dato il loro contributo in relazione ad eventi catastrofici, in particolare alle implicazioni, alle conseguenze, ai bisogni specifici delle popolazioni, agli aspetti etici, di eventi che si abbattano su paesi poveri con una economia fragile, e conseguentemente con sistemi sanitari che talvolta, per mancanza di risorse, non prevedono fondi, organizzazione, risposta, per fronteggiare simili evenienze.

Gli effetti di eventi maggiori / catastrofici, quali che siano le cause, tecnologiche, naturali o causati dall'uomo, posso determinare distruzione, morti e feriti originando situazioni in cui il numero di pazienti da salvare, e successivamente da trattare, può soverchiare la capacità di risposta locale, fino ad eventi che sono così estesi da travalicare la capacità di una adeguata risposta sanitaria di intere regioni se non stati, per un lungo periodo.

Detto questo, gli **Infermieri** sono in prima linea e sono parte integrante e risorsa professionale insostituibile del sistema dei soccorsi (1), ne ri-



sulta conseguentemente che debbano possedere una chiara comprensione delle più diverse situazioni con cui si potrebbero confrontare, prima durante e dopo un evento catastrofico, così da sviluppare capacità e strategie adeguate ed efficaci. Questo lavoro rappresenta in maniera significativa la comunità internazionale, è stato realizzato così da proporre diverse prospettive ed approcci, si articola in 33 capitoli e oltre 500 pagine di testo correlato da una significativa ed estesa bibliografia.

Siamo lieti di segnalare che il capitolo relativo agli Eventi Esplosivi è stato redatto da Angelo Agostini, unico autore italiano fra quelli presenti nel testo.

Agostini Angelo, Infermiere, lavora in dipartimento d'emergenza e 118, ricercatore nell'ambito della medicina delle catastrofi, per molti anni responsabile Infermieristico dell'ospedale da campo ANA, componente del comitato scientifico di N&A, Mensile Italiano del soccorso, e autore del progetto relativo a stage in Israele dedicati alla risposta sanitaria ad eventi terroristici.

Tale corso, con l'aiuto e il ruolo determinante e insostituibile del presidente del Collegio IPASVI di Bergamo, Beatrice Mazzoleni, ha avuto un significativo riconoscimento Internazionale nella firma di un accordo, nel maggio 2008 a Tel Aviv (Israele), fra il Collegio IPASVI di Bergamo e il National Center for Trauma & Emergency Medicine research, del Gertner Institute for Health Policy & Epidemiology, corso, unico nel suo genere, garantisce la partecipazione di Infermieri Italiani a un corso base della durata di due settimane con cadenza annuale ed un corso avanzato con cadenza triennale.

1) L'Italia è uno dei pochi paesi al mondo che utilizza infermieri nell'ambito del soccorso preospedaliero.

# L'ospedale del futuro

## seconda parte



A cura di Salvatore Piliero

### I modelli assistenziali

I pazienti possono essere suddivisi in due categorie:

- acuti;
- non acuti.

Entrambi presentano bisogni e consumi di risorse differenti, così come la risposta e/o l'offerta assistenziale (bassa, media o alta assistenza) risulterà diversificata ed adeguata all'intensità di cura;

pertanto i modelli assistenziali da attualizzare devono essere all'occorrenza dinamici e variabili e si devono adattare alla logica della complessità assistenziale che presenta il paziente. In questa nuova dimensione "di adattamento", l'organizzazione deve essere svolta in funzione del tipo di bisogno e/o assistenza di cui necessita il paziente, quindi tutto deve essere commisurato allo stesso. A ciascun paziente verrà assegnato un percorso adeguato allo scopo di ridurre i disagi, il disorientamento e le duplicazioni di prestazioni. Nella riorganizzazione dell'assistenza risulterà necessario recuperare tutte le risorse necessarie coerenti con i bisogni del paziente; in questa prospettiva l'ospedale per intensità riconosce che vi sono alcuni pazienti che richiedono più carico assistenziale di altri (in alcuni casi anche specialistico), ed organizza quindi spazi di degenza multi specialistici per prendersi cura con più attenzione di questi pazienti fragili e spesso *frequent-user* dell'ospedale.

### Dalla teoria alla pratica

Per attualizzare il nuovo modello organizzativo e gestionale risulta fondamentale effettuare:

- **un'analisi organizzativa** dell'intero settore coinvolto, considerando gli obiettivi da raggiungere a breve e a medio termine, le risorse disponibili ed i processi gestionali da attivare e/o presidiare per il conseguimento dei risultati attesi. Tra i processi gestionali un ruolo strategico e particolarmente critico riguarda la gestione del

personale (es. definizione del fabbisogno del personale infermieristico); la definizione del fabbisogno di risorse infermieristiche deve consentire di raggiungere una serie di obiettivi quali la formulazione di un bilancio sistematico delle risorse necessarie per garantire l'adeguatezza dell'attività infermieristica ai bisogni di assistenza infermieristica, equo utilizzo delle risorse disponibili, scelta degli infermieri che avranno un ruolo chiave (es. case manager) sulla base di una formazione mirata;

- **rilevazione del carico di lavoro infermieristico** (o peso assistenziale) per effettuare la previsione delle risorse infermieristiche necessarie;

- **progettazione delle attività** ponendo particolare attenzione ai momenti di integrazione del team multidisciplinare e alla predisposizione degli strumenti, finalizzati sia alla personalizzazione dell'assistenza infermieristica sia alla gestione efficiente delle risorse professionali, che rappresentano le parti integranti della documentazione clinica.

Tali strumenti sono riconducibili a :

- cartella infermieristica contenente il piano di assistenza;
- scheda interdisciplinare per la rilevazione del peso assistenziale.

La scheda interdisciplinare costituisce lo strumento che sintetizza il confronto tra tutte le figure professionali che concorrono al programma assistenziale, e consente di focalizzare:

- le problematiche infermieristiche del paziente (peso assistenziale, bisogni di assistenza infermieristica presenti o non presenti);
- le problematiche mediche del paziente;
- gli aspetti riabilitativi;
- le problematiche di tipo sociale.

L'utilizzo di questi due strumenti rende possibile la definizione dei pesi assistenziali, per giungere successivamente alla definizione del fabbisogno di personale infermieristico sulla base dei bisogni infermieristici dei pazienti ricoverati.

Gli indicatori di confronto possono essere:

- degenza media;

## L'ospedale del futuro seconda parte

- ore lavorate dal personale infermieristico;
- ore straordinarie lavorate dal personale infermieristico;
- grado di soddisfazione degli infermieri.

Le importanti normative riguardanti la sanità ed il pubblico impiego, seguite dall'avvio dei processi di aziendalizzazione, regionalizzazione e accreditamento, hanno posto l'accento sulla necessità di misurare il carico di lavoro al fine di identificare una dotazione organica adeguata alle esigenze di assistenza e di sperimentare e implementare sistemi di calcolo del fabbisogno di personale, cercando di coniugare la dimensione dell'efficienza e dell'economicità con il valore della personalizzazione dell'assistenza infermieristica.

### Sperimentazioni di definizioni dell'intensità di cure e di complessità assistenziale infermieristica

#### Quali devono essere i criteri da utilizzare per definire la complessità dell'assistenza?

Oggi in Italia esistono diversi metodi di rilevazione della complessità assistenziale, ed i più avanzati sono essenzialmente tre:

- **IL SISTEMA INFORMATIVO DELLA PERFORMANCE INFERMIERISTICA (S.I.P.I.) ;**
- **INDICE DI COMPLESSITA' ASSISTENZIALE (I.C.A.) ;**
- **METODO ASSISTENZIALE PROFESSIONALIZZANTE (M.A.P.).**

METODI	MAP	SIPI	ICA
Modello di riferimento	Modello di analisi della complessità assistenziale	Modello delle Prestazioni Infermieristiche	Modello delle prestazioni Infermieristiche
Valutazione quali - quantitativa dell'equipe assistenziale	SI	SI	SI
Validazione del Metodo	Sperimentazione Multicentrica	Sperimentazione Multicentrica	
Informatizzazione	SkyMap		Applicazione software ICA
Applicazioni del Metodo			SI
Applicabilità su organizzazione per intensità / complessità	SI	SI	SI

METODI	MAP	SIPI	ICA
Pianificazione assistenziale	NO	NO	SI
Multiprofessionale	SI	NO	SI

## L'ospedale del futuro seconda parte

L'elaborazione di questi tre metodi si basa su modelli italiani, ed ognuno di essi può essere aderente ad una determinata realtà. Tutti i metodi risultano validi per la valutazione quantitativa dell'equipe assistenziale; se occorre definire quante e quali risorse servono, considerata la scarsità delle risorse non si può più pensare ad un'equipe mono-professionale, quindi l'appropriatezza delle prestazioni diventa un valore indispensabile. Dal punto di vista della validità scientifica questi metodi, oltre ad essere pesati sono reali; attualmente il metodo applicato è l'I.C.A., il S.I.P.I. è in fase di sperimentazione (ovvero "in progress") ed il

M.A.P è in fase di validazione. Ognuno di essi è applicabile sull'intensità di cure e sulla complessità assistenziale. L'applicabilità di questi metodi da un punto di vista multiprofessionale riguarda il M.A.P. (per le Ostetriche) e l'ICA (equipe dei Fisioterapisti); la sperimentazione dello strumento MAP, che ha coinvolto un campione estremamente elevato (n° 82 aziende ospedaliere in tutt'Italia), permetterà di definire in che modo il Drg è correlato alla complessità assistenziale. In termini di complessità assistenziale associata all'intensità di cura si prende in esame il S.I.P.I. (si veda l'esempio sottostante).

### IL SISTEMA INFORMATIVO DELLA PERFORMANCE INFERMIERISTICA (S.I.P.I.)

È una ricerca multicentrica effettuata nel 2008, coordinata dal DITRA dell'A.O. S. Gerardo di Monza in collaborazione con l'Università Bicocca.

Lo scopo era quello di *analizzare la complessità assistenziale delle aree medico/chirurgiche di un ampio campione di ospedali* (precisamente sono state coinvolte n. 25 A.O. del nord Italia).

L'analisi, per l'appunto, considerava le aree medico/chirurgiche proprio perché esse ricadono in quella classificazione di delibera regionale sopra citata, in cui si parla dei minuti di assistenza/pz/ die, da garantire in relazione all'intensità delle cure distinte in specialità di base, specialità media assistenza e specialità ad elevata assistenza.

- Alle **specialità di base** sono stati assegnati **120' di assistenza** inf.ca al giorno;
- alle **specialità di media assistenza** sono stati assegnati **180' di assistenza** inf.ca al giorno;
- alle **specialità ad elevata assistenza** sono stati assegnati **240' di assistenza** inf.ca al giorno.

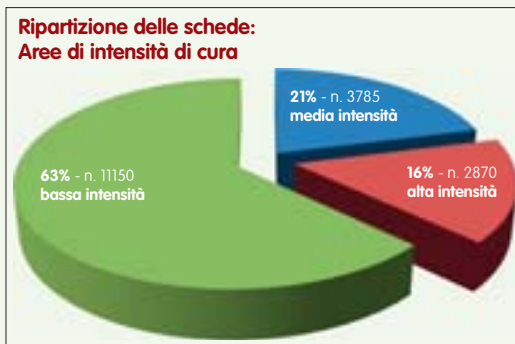
Dal campione preso in esame è stato possibile rilevare 18.000 schede.

Nella ripartizione delle schede si evince che delle aree medico-chirurgiche classificate secondo la delibera regionale sopra citata:

- il 63% rappresenta le aree che hanno interessato la bassa intensità di cura;
- il 21% rappresenta le aree che hanno interessato la media intensità di cura;
- il 16% rappresenta le aree che hanno interessato l'elevata intensità di cura.

### Distribuzione della complessità assistenziale infermieristica

Questi dati rappresentano i risultati dell'elaborazione della distribuzione della complessità dell'assistenza Infermieristica.



# L'ospedale del futuro

## seconda parte

### Distribuzione percentuale della complessità assistenziale nelle 3 aree di intensità di cura



Analizzando la tabella appena esposta si denotano le tre colonne di bassa, media ed alta intensità di cura. Sostanzialmente la complessità assistenziale non si muove in relazione alla crescita dell'intensità di cura; si nota quindi che nell'area di bassa intensità di cura è presente un tasso di bassa complessità assistenziale pari al 49% ed un tasso di alta complessità assistenziale pari al 51%. Se invece si analizza l'estremo opposto (alta intensità di cura) i valori non si discostano di molto; nell'alta intensità di cura, infatti, si denota qualche punto in più di bassa complessità assistenziale (tasso del 52%) ed un tasso del 48% di alta complessità assistenziale.

### Distribuzione distinta tra aree chirurgica e medica



In quest'ultima tabella sostanzialmente si denota che nelle aree di media e alta intensità di cura si ha una presenza infermieristica di bassa complessità dell'assistenza.

Fonte: ricerca multicentrica- DITRA dell' A.O. S. Gerardo di Monza - l'Università Bicocca, 2008.



## L'ospedale del futuro seconda parte

Da queste analisi si può dedurre che :

- a medesime specialità cliniche corrispondono differenti profili di complessità infermieristica;
- non esiste una relazione diretta tra le specialità medico-chirurgiche ed i profili di complessità dell'assistenza infermieristica;
- la distribuzione percentuale dei profili di di complessità di assistenza infermieristica è equamente distribuita nelle tre aree di intensità clinica di cura;
- esiste un andamento autonomo dell'espressione dei bisogni di assistenza infermieristica e della complessità dell'assistenza infermieristica rispetto all'intensità clinica delle tre aree.

Da quanto detto sin d'ora bisogna considerare altri due aspetti fondamentali dell'organizzazione che si basa sull'intensità di cura e sulla complessità dell'assistenza infermieristica, ovvero:

- la necessità di ridiscutere l'assegnazione delle risorse umane, che si baserà sull'unità di misura dell'A.I. (**m'/pz/die**) e dovrà essere commisurata all'intensità della patologia e della specialità clinica.
- la necessità di una struttura organizzativa che tenga conto dei bisogni di tipo clinico ma anche assistenziale, che preveda una redistribuzione quali-quantitativa delle risorse; tutto questo servirà per allinearsi a quanto detto in precedenza in tema di appropriatezza e congruità delle prestazioni, di qualità, di standard assistenziali e di eccellenza professionale.

Alcuni degli elementi considerati in precedenza quali il contesto culturale sanitario, le tre istanze che si muovono all'interno del mondo sanitario (i pazienti, i professionisti e l'organizzazione sanitaria) e le normative di riferimento, hanno permesso all'organizzazione sanitaria di focalizzarsi sulla necessità di dare una definizione dell'intensità di cura e della complessità di assistenza infermieristica, e rappresentano quindi le principali sfide che le moderne organizzazioni sanitarie si pongono.

Tali sfide dovranno tener presente l'esistenza delle tre istanze :

**Pazienti:** Attraverso risposte sanitarie appropriate ed efficaci

**Professionisti:** Riconoscimento dello specifico apporto professionale

**Organizzazione sanitaria:** Standard clinico-assistenziali di elevata qualità

### Modello delle prestazioni Infermieristiche

Fa riferimento all'**Indice di complessità assistenziale (ICA)**

L'intensità di cure considera:

Intensità clinica	Complessità assistenziale infermieristica
<p><i>Prima valutazione:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Instabilità</li> <li>• Gravità</li> <li>• Criticità</li> <li>• Comorbilità</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bisogni di assistenza infermieristica (Modello delle prestazioni) e livello di autonomia per soddisfarli; sono correlati a: diversi fattori: <i>età, compromissione integrità fisica, cognitiva e relazionale, instabilità clinica e patologie concomitanti, procedure diagnostiche e terapeutiche, condizioni di rischio.</i></li> <li>• Aspetti socio-culturali.</li> <li>• Presenza/assenza del <i>caregiver</i>.</li> </ul>
<p><i>Seconda valutazione:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• criticità</li> </ul>	

### Metodo

Nella conduzione dello studio si prevede l'utilizzo di 2 griglie di valutazione:

- **Scheda per la criticità** (*Modified Early Warning Score, MEWS*), **gravità e comorbilità** (*Cumulative Illness Rating Scale, CIRIS*).
- **Scheda per la valutazione dell'indice dell'intensità assistenziale (IIA).**

L'infermiere assegna un valore (o peso) per ogni bisogno di assistenza infermieristica, ed il valore più frequente rappresenta l'indice di complessità assistenziale della persona; nel caso vi sia una parità tra più valori si assegna al paziente quello più elevato.

# L'ospedale del futuro

## seconda parte

<p><b>Indice 1</b> La persona è autonoma nel soddisfacimento del bisogno; <i>intensità assistenziale bassa</i> <i>(finalità prevalente: guidare-indirizzare).</i></p>	<p><b>Indice 3</b> Dipendenza elevata della persona; <i>intensità assistenziale media</i> <i>(finalità prevalenti: sostenere compensare).</i></p>
<p><b>Indice 2</b> Dipendenza minima della persona; <i>intensità assistenziale medio-bassa</i> <i>(finalità prevalenti: guidare-indirizzare, sostenere)</i></p>	<p><b>Indice 4</b> Forte grado di dipendenza o dipendenza totale; <i>intensità assistenziale alta</i> <i>(finalità prevalente: sostituire)</i></p>

### RISULTATI PRINCIPALI

- Conoscenza del livello di intensità clinica e di complessità assistenziale, indagata in termini di criticità e gravità, di cui hanno bisogno i pazienti ricoverati nelle strutture di degenza di area medica; è necessario individuare le percentuali dei pazienti che necessitano di cure ad alta, media e bassa intensità.
- Valutazione della possibile congruità tra valutazione infermieristica dell'intensità assistenziale e valutazione medica della complessità clinica.
- Valutazione dell'appropriatezza dei tempi, previsti dal sistema di accreditamento lombardo, per la definizione delle risorse professionali necessarie.

### PRINCIPALI TIPOLOGIE DEI SISTEMI DI CLASSIFICAZIONE DEI PAZIENTI

METODI BASATI SULLA DIPENDENZA DELLA PERSONA	METODI BASATI SULLE ATTIVITA' INFERMIERISTICHE	METODI BASATI SUI PIANI DI ASSISTENZA	METODI BASATI SULLA COMPLESSITÀ ASSISTENZIALE
R.A.I.	W.I.N.S	P.N.R.	RAFAELA
F.I.M.	N.H.P.P.D.	PLA.I.S.I.R.	P.I.N.I.
Criteria for care	N.M.D.S		ZEBRA System
SVIZZERO.	L.E.P		
	S.I.I.P.S.		
	T.I.S.S		
	T.O.S.S.		

Mappatura delle diverse sperimentazioni di definizione dell'intensità di cure e di complessità assistenziale infermieristica presenti in Italia

# L'ospedale del futuro

## seconda parte

### Il modello organizzativo prevalente in campo internazionale

In linea di massima si osserva una separazione tra la gestione delle cosiddette piattaforme produttive (reparti, blocco operatorio, ambulatori) e le responsabilità cliniche; le prime vengono centralizzate a livello di dipartimento o stabilimento per ottenere maggiore produttività, economie di scala e flessibilità di utilizzo. Le piattaforme produttive della degenza sono poi organizzate per intensità/complessità delle cure ed assistenza o per relativa "standardizzazione" dei tempi del ricovero, come nel caso del week-hospital o del day-hospital; in ogni caso la maggior parte delle piattaforme, salvo esigenze tecniche specifiche, è gestita secondo logiche multi specialistiche, che anche tramite la vicinanza logistica e fisica di specialisti di diversa provenienza favoriscono l'integrazione nei percorsi di cura. Le responsabilità cliniche, invece, rimangono a capo dell'unità operativa specialistica e al dipartimento quale luogo dove si esercita il governo clinico.

### Il futuro dell'ospedale: *Care-focused o Patient-focused*

#### Ospedale care-focused o patient-focused

Nella letteratura internazionale emerge una convergenza diffusa verso il paradigma dell'ospedale cosiddetto *care-focused* o *patient-focused*; è riorganizzato per aree di degenza, spesso multispecialistiche, graduate rispetto all'intensità di cura ed è caratterizzato da quattro linee di intervento/cambiamento organizzativo:

#### clinical integration (integrazione clinica)

Dipartimento - lavoro per team  
*problemi legati alle specialità, alla sovrapposizione di attività, incroci di "territorio" (es. tra la diagnostica, la medica, la diagnostica interventistica, la chirurgia tradizionale ecc.);*

#### resources integration (integrazione nelle risorse)

condivisione risorse- nuovi schemi logistici  
*problema della condivisione delle risorse;*

#### focus on patient groups (centralità del paziente)

- logistica con centralità del paziente-raggruppamento di pazienti con bisogni omogenee  
*richiama il problema dell'organizzazione per intensità di cura e per complessità assistenziale;*

#### engagement of professional (coinvolgimento dei professionisti)

ridisegno di meccanismi organizzativi - i.e. liste di attesa, dimissione ecc. - nuovi ruoli  
*problemi legati al ridisegno di meccanismi organizzativi, ed al coinvolgimento dei clinici; ogni attività deve prevedere la condivisione e il consenso di tutti i professionisti.*

*"A nessuno piace stare in ospedale"*

*"Ogni paziente ha tutto l'interesse ad essere trattato il più velocemente possibile"*

*"Il tempo del paziente non è tempo libero/gratis"*

*"Occorre costruire il servizio reso in funzione dei bisogni di assistenza del paziente"*

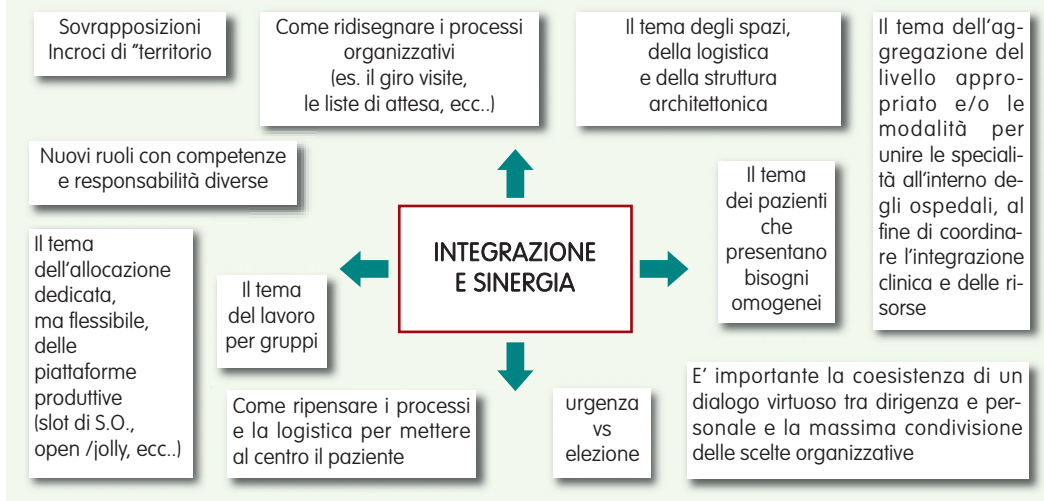
*(The Mount Sinai Medical Center of NY 1995)*

Tutti i moderni ospedali nazionali e internazionali sono coinvolti dalla complessità dei quattro assi citati; il problema maggiore, nonché la sfida che spetta ad ogni azienda, è quello di riuscire ad integrare e far convergere i quattro assi.

# L'ospedale del futuro

## seconda parte

**La complessità della riorganizzazione dell'intera rete ospedaliera**  
Per riorganizzare la rete ospedaliera vi sono molteplici temi coinvolti che necessitano di essere ripensati e integrati.



**L'ospedale care-focused è riorganizzato per aree di degenza, spesso multispecialistiche, graduate rispetto all'intensità di cura**

L'obiettivo è quello di progettare per migliorare il flusso del paziente, quindi:

- Si muove lo staff e non il paziente.
- Si muovono le tecnologie e non il paziente.
- Si collocano le tecnologie vicino alle zone di maggiore utilizzo.
- Si ottimizzano i tempi di attesa e si supera il modello Batch&Queue della produzione a "lotti" in sequenza.

**L'ospedale Care-focused o Patient-focused**

Aree in cui è presente questa tipologia di organizzazione:

- New karolinska Solna University Hospital (Stoccolma, Svezia).
- Erasmus Medical Centre (Rotterdam, Olanda).
- Gli ospedali anglosassoni (UK, USA, AUSTRALIA) – Johns Hopkins (Baltimore, USA), Oxford

Radcliffe (Oxford UK), Mount Sinai NY (New York – USA)

- Diversi casi italiani.

**Perchè adottare questo tipo di ospedale?**

**Cambiamento/evoluzione del bisogno di cure**

- Paziente "fragile" (multicronicità, frequent-user, a forte necessità di integrazione H-T).
- Paziente complesso in fase acuta, ma non da terapia intensiva ("letto rosso").
- Paziente post-chirurgico con necessità di tutor medico ("ortogeriatría").
- Pazienti anziani con probabile dipendenza (non autosufficienza), quadro clinico compromesso, bassa consapevolezza, difficile contesto sociale.

**Possibilità tecniche**

- Tecniche chirurgiche e gestione post-operatoria con velocizzazione dei recuperi (Day-surgery freestanding, week surgery).
- Chirurgia mininvasiva/robotizzata.

# L'ospedale del futuro

## seconda parte

### Crescenti sovrapposizioni/incroci di "territorio" tra discipline

- Medicina- chirurgia-diagnostica interventistica
- Ambulatori multidisciplinari.
- Day-service o week-hospital medico integrato.

### Efficienza produttiva

- Urgenza vs elezione.
- Allocazione, dedicata ma flessibile, delle piattaforme produttive (posto letto, sala operatoria, letto di TI, ambulatorio, ecc., posti letto pol/polmone, slot di sala operatoria open/jolly ecc.), salvo necessità specifiche di natura tecnologica.
- Sviluppo di una funzione di *operations management*.

### L'instabilità clinica

Nel Modello Inglese l'instabilità clinica tiene conto di 4 livelli di cura:

**Livello 0** Pazienti soggetti a degenza *ambulatoriale* (DH, Day surgery etc..).

**Livello 1** Pazienti soggetti a degenza *ordinaria* (reparti multispecialistici pensati per l'intensità di cure), generalmente su base dipartimentale.

**Livello 2** Pazienti soggetti a degenza *High-care* (livello intermedio tra la terapia intensiva e quella sub-intensiva).

**Livello 3** Pazienti soggetti a degenza di terapia intensiva e sub-intensiva.

### La complessità assistenziale

- Tiene conto dei seguenti parametri:
- Autosufficienza
- Disordini cognitivi
- Terapia
- Supporto familiare
- Situazione "off the floor"
- Etc.

### In che modo ripensare l'organizzazione

- Alcuni importanti momenti di discontinuità.

- Tutor medico e criteri di ingresso nell'high care.
- Infermiere referente per paziente nelle aree multi-specialistiche.

- Discharge manager nel sub-acute e post-acute o dovunque si renda importante la continuità assistenziale (con possibile contatto in ospedale con MMG-*hospitalist*).

- Criteri per la gestione liste di attesa per domanda e gravità (ed eventualmente specifici indirizzi strategici/programmatori).

-- Procedure per gestione operativa (allocazione) del PL/sala operatoria/ambulatorio nei reparti/piattaforme multispecialistiche.

-- Ingegnerizzazione del processo in base ai tre stadi del paziente chirurgico: preoperatorio – fase acuta – fase post acuta.

- Focus non solo sulla malattia ma anche sul paziente.

- Recupero e qualificazione di risorse per l'assistenza intensiva a pazienti affetti da patologie maggiormente impegnative o con forte necessità di continuità assistenziale H - T.

- Maggiore efficienza operativa e gestionale. Nell'ospedale si distingue l'*asset management* (per la parte di degenza è graduato per intensità) dal *disease management*.

### Asset management

Competenze/organizzazione specifiche, scala dimensionale superiore/diversa da quella dell'unità operativa, al fine di produrre recuperi di efficienza produttiva.

La gradazione per intensità permette di rendere concreta la risposta ai bisogni assistenziali differenziati dei pazienti. .

### Disease management

Compete ed è il cuore dell'attività dello specialista/UE disciplinare.

*Non c'è contrapposizione tra intensità di cura e complessità dell'assistenza, ma aree di sovrapposizione con prevalenza di un criterio come elemento fondante della scelta organizzativa*



## L'ospedale del futuro seconda parte

Focus sul paziente e non solo sulla malattia  
Maggior efficienza operativa e gestionale.

Recupero di risorse per l'assistenza intensiva a pazienti affetti da patologie maggiormente impegnative o con forte necessità di continuità assistenziale tra ospedale e territorio.



**La riflessione dovrebbe centrarsi su come far coevolvere l'organizzazione ospedaliera con i cambiamenti nella epidemiologia/demografia della popolazione ospedaliera e nelle tecniche di intervento**

### Conclusioni

L'ospedale organizzato per aree a distinta intensità di cura e diversa complessità assistenziale dell'assistenza rappresenta un nuovo modello innovativo che dovrà delineare una diversa organizzazione; questo prevede delle aree distinte a seconda dell'intensità di cura necessaria al paziente. Spariranno i vecchi reparti, e le degenze saranno organizzate in relazione ai bisogni assistenziali dei malati, suddividendole per "aree omogenee". Non ci saranno posti letto ad uso esclusivo di una specialità, ma varrà il criterio della interscambiabilità delle specialità.

In questo nuovo modello interagiscono *l'organizzazione sanitaria, i professionisti e i pazienti*, e diventa quindi necessario farli intersecare in modo sinergico.

Considerata la complessità dell'intero sistema, il nuovo modello dovrà cambiare l'approccio destinato al paziente:

- sia in termini di organizzazione sanitaria, mettendo in atto un diverso tipo di organizzazione e gestione,
- sia per i professionisti, che dovranno attuare un cambiamento in termini culturali, e soprattutto pensare ed agire in termini di integrazione multiprofessionale e plurispecialistica, agendo sulle leve delle competenze, della responsabilità e della formazione, ridefinendo i processi ed i percorsi di cura e di assistenza più appropriati e sicuri, tenendo in debita considerazione le migliori evidenze scientifiche disponibili.

Questo processo risulterà il nuovo approccio destinato al paziente per cercare di giungere alla soluzione dei suoi problemi clinico-assistenziali; l'attuale ridefinizione dei processi curativi dovrà scontrarsi con la complessità, e in quest'ultima dovrà cercare di praticare concretamente la centralità della persona.

Il nuovo modello ospedaliero per intensità di cure dovrà tener presente:

- dell'allineamento verso l'umanizzazione, considerando quindi la persona non più come oggetto e centro di costo ma finalmente al centro del processo;
- per le diverse aree la definizione di percorsi clinici integrati secondo i diversi bisogni clinici e assistenziali del paziente che, sappiamo, sono differenti e variano da paziente a paziente; si dovrà considerare che le risposte e le cure sono a favore del soggetto, e le differenze tra malato e malato sono influenzate da molti fattori quali ad es. l'età, le patologie compresenti, le patologie pregresse, le esigenze e le aspettative di vita differenti da persona a persona.

Detto questo emergono molteplici dubbi e riflessioni sui percorsi che facilitano tali soluzioni e sulle leve da attivare per il cambiamento. Esistono molteplici pubblicazioni sull'argomento ma vi

## L'ospedale del futuro seconda parte

è poca chiarezza sugli aspetti organizzativi, operativi e logistici e sulla gestione che questo tipo di approccio comporta.

Non esiste ad oggi un modello predefinito che risulti essere il migliore in assoluto; a mio avviso è importante che ogni modello sia declinato alla propria realtà. Considerando la correttezza di ciascun modello, quest' ultimo deve essere in primo luogo il risultato della coerenza della cul-

tura dell' organizzazione e dei professionisti che vi sono coinvolti. Attualmente sono numerosi gli interrogativi che si delineano sui molteplici fronti appena rappresentati; altri interrogativi, che riguardano in maniera peculiare la sfera dell'assistenza infermieristica, si pongono alla ricerca delle metodologie da adottare per identificare le risorse infermieristiche da allocare in maniera appropriata.

### Glossario

**Paziente critico:** si trova in una situazione a rischio e di instabilità; richiede costante monitoraggio ed eventuale necessità di interventi immediati di terapia.

**Paziente complesso:** presenta malattie atipiche e/o multiple che richiedono indagini diagnostiche complicate, spesso costose ed invasive, e/o numerose terapie talora contrastanti tra loro con grave rischio di interazioni. La complessità aumenta se siamo in presenza di un "paziente fragile".

**Paziente Fragile:** situazione di elevato rischio di instabilità clinica (con conseguente probabile ospedalizzazione);

i fattori determinanti sono:

- gravità della patologia/patologie in atto
- comorbilità
- politerapia farmacologica
- riduzione dell'autonomia
- grado di protezione socio-familiare

**Complessità:** è rappresentata da:

- valore dell'incertezza e del dubbio;
- crisi dei concetti chiusi, univoci, definitivi;
- rinuncia alla certezza;
- pensiero multidimensionale.

*"L'unica conoscenza che valga  
è quella che si alimenta di incertezza"*

*(Edgar Morin).*

### Riferimenti bibliografici e Atti di convegno

Alesani D., Barbieri M., Lega F., Villa S., "Gli impatti delle innovazioni dei modelli logistico- organizzativi in ospedale: spunti da tre esperienze aziendali pilota in Rapporto OASI 2006", Milano, EGEA, 2006

Mintzberg H. Managing care and cure – up and down, in and out, Health Services Management research 2002;15(3): 193-206.

Mintzberg H. Toward Healthier Hospitals, Health Care Management Review 1997: 22(4): 9-18.

Moiset C., "Migliorare la qualità dell'assistenza infermieristica: un investimento sicuro per la sanità, Area Qualità News", ottobre 1999

Moiset C., Vanzetta M., Vallicella F. Misurare l'assistenza un modello di sistema informativo della performance infermieristica, Mc Graw-Hill, Milano, 2003.

Organizzazione ospedaliera per intensità di cure e di assistenza: proposta di un metodo per la stima del fabbisogno di unità di assistenza nelle aree di degenza e correlazione con la complessità assistenziale, L. Baragatti, G. Messina, L. Tonelli, F. Ceccarelli, N. Nante, Organizzazione Sanitaria n.1 - Gen-Mar, 2009

"Dalla necessità di riorganizzare l'ospedale all'opportunità di migliorare l'assistenza". Atti del convegno dell'A.O. Bolognini di Seriate (Bg), 02/2010

"Il modello assistenziale per intensità di cure nel nuovo ospedale...", Atti del convegno dell'A.O. Riuniti di Bergamo, 2/2010

### Riferimenti sitografici (ultimo accesso 1 Aprile 2010)

Assistenza per intensità di cura: Federico Lega, Università Bocconi di Milano, 22/04/2009. [nuovoniguarda.ospedaleniguarda.it/.../Assistenza-per-intensita-di-cura-parla-Federico-Lega-Universita-Bocconi-di-Milano](http://nuovoniguarda.ospedaleniguarda.it/.../Assistenza-per-intensita-di-cura-parla-Federico-Lega-Universita-Bocconi-di-Milano)

[www.centrobasaglia.provincia.arezzo.it/.../Lavazza\\_Luca\\_nota\\_rassuntiva.doc](http://www.centrobasaglia.provincia.arezzo.it/.../Lavazza_Luca_nota_rassuntiva.doc) -Pubblicato da Pocket Study.

[pocketstudy.blogspot.com/.../il-modello-della-complessita.html](http://pocketstudy.blogspot.com/.../il-modello-della-complessita.html)

<http://www.blogger.com/post-edit.g?blogID=1303688317403245507&postID=7444639665319979314>

[www.cid-infermieridirigenti.it/.../MODELLI/.../Giovanna\\_Bollini.pdf](http://www.cid-infermieridirigenti.it/.../MODELLI/.../Giovanna_Bollini.pdf)

[www.lasanita.it/?p=5320](http://www.lasanita.it/?p=5320)

[www.usl9.grosseto.it/includes/download.asp?ID=739&tabella](http://www.usl9.grosseto.it/includes/download.asp?ID=739&tabella)

### Riferimenti normativi

- PSN 2006/2008.
- L.R. Toscana n° 40 del 2005.
- Piano sanitario regionale lombardia 2007/2009: - *Deliberazione VI /38133 del 6 Agosto 1998.*
- PSSR della Lombardia 2007-2009 DCR VIII/257 del 26/10/2006.
- DGR VIII/8501 del 26/11/2008, "Determinazioni in ordine alla gestione del servizio sanitario regionale per il 2009".
- D.G.R. VIII/10800 del 16/12/2009, "Determinazioni in ordine a progetti afferenti all'ambito della ricerca innovativa. *Valutazione dell'intensità assistenziale e della complessità clinica in area medica*".
- ASSR - Linee guida per la progettazione dei nuovi ospedali .

## L'emergenza infermieristica continua

### LE STIME DELLA FEDERAZIONE IPASVI

dal 2012 13mila infermieri in meno: cure in Til

Regione	Maschi			Femmine			Totale			% sul totale iscritti
	Anzianità	Vecchiaia	Totale	Anzianità	Vecchiaia	Totale	Anzianità	Vecchiaia	Totale	
Liguria	145	8	153	212	100	312	357	108	465	3,4
Lombardia	421	35	456	719	305	1.024	1.140	340	1.480	2,6
Piemonte	133	10	143	375	161	536	508	171	679	2,5
Valle d'Aosta	3	1	4	21	6	27	24	7	31	3,6
Emilia R.	315	35	350	570	219	789	885	254	1.139	3,8
Friuli V.G.	63	4	67	227	100	327	290	104	394	4,2
Trentino A.A.	49	0	49	166	74	240	215	74	289	3,2
Veneto	446	22	468	397	150	547	843	172	1.015	3,1
Lazio	422	31	453	498	185	683	920	216	1.136	2,9
Marche	160	12	172	126	47	173	286	59	345	3,8
Toscana	392	31	423	427	155	582	819	186	1.005	4,0
Umbria	88	10	98	111	26	137	199	36	235	4,2
Abruzzo	174	8	182	164	33	197	338	41	379	3,9
Basilicata	61	4	65	26	17	43	87	21	108	2,8
Calabria	328	14	342	157	48	205	485	62	547	4,8
Campania	682	37	719	280	112	392	962	149	1.111	3,6
Molise	17	0	17	29	7	36	46	7	53	2,0
Puglia	353	22	375	333	120	453	686	142	828	3,2
Sardegna	103	7	110	198	60	258	301	67	368	3,2
Sicilia	636	34	670	395	140	535	1.031	174	1.205	4,2
Nord-Ovest	702	54	756	1.327	572	1.899	2.029	626	2.655	2,7
Nord-Est	873	61	934	1.360	543	1.903	2.233	604	2.837	3,5
Centro	1.062	84	1.146	1.162	413	1.575	2.224	497	2.721	3,5
Sud	1.615	85	1.700	989	337	1.326	2.604	422	3.026	3,6
Isole	739	41	780	593	200	793	1.332	241	1.573	3,9
<b>Italia</b>	<b>4.991</b>	<b>325</b>	<b>5.316</b>	<b>5.431</b>	<b>2.065</b>	<b>7.496</b>	<b>10.422</b>	<b>2.390</b>	<b>12.812</b>	<b>3,4</b>

Fonte: Federazione nazionale Collegi Ipasvi 2010

**B**locco del tum over: è facile pensare che non si sia compreso (o non si sia voluto comprendere) che tra le "donne del pubblico impiego" ci sono anche le infermiere, che da sole rappresentano ben 298.751 unità. La questione è rilevante: poiché in base ai dati disponibili (modalità di inserimento e durata dei percorsi formativi di qualche decennio ed età media di ingresso nel servizio attivo) è presumibile che a 59 anni le infermiere (e gli infermieri) abbiano già raggiunto il requisito per godere della pensione di anzianità (35 anni di contributi), si può mettere in conto di "perdere" subito 5.431 infermiere e 5.586 infermieri, ossia 11.017 unità.

Il dato è, molto probabilmente, sottostimato e vi sono pochi dubbi sull'ipotesi che il rischio di incappare nelle nuove norme pensionistiche (tra cui quelle relative al Trattamento di fine servizio - Tfs) indurrà a lasciare.

Agli 11.017 che potrebbero lasciare va sommato anche chi ha raggiunto il requisito per godere della pensione di vecchiaia (età anagrafica), cosa che si traduce nella perdita di ulteriori 2.065 donne e 325 uomini.

Il dato complessivo assomma, quindi, a ben 13.407 infermieri che potrebbero uscire dal sistema entro il 2010 o entro i primi mesi del 2011.

Ma non basta: è altresì prevedibile che fra le infermiere appartenenti alle

## L'emergenza infermieristica continua

fasce d'età che vanno da 21 a 40 anni ci siano numerose madri che manterranno o richiederanno un contratto di lavoro part time che, se da una parte rappresenta un diritto della lavoratrice e un investimento importante della collettività nazionale per il suo futuro, dall'altra rappresenta un'ulteriore e rilevante perdita di ore/lavoro/infermiere in ambito ospedaliero e territoriale. Lo scenario futuro si presenta, quindi, molto preoccupante per gli assistiti.

Se gli infermieri saranno sempre di meno, come potranno essere espletati il processo anestesiologicalo, l'atto chirurgico, la diagnostica complessa e/o cruenta, i follow up, l'attuazione del processo di cure, l'assistenza primaria, l'assistenza domiciliare ecc.?

E come sarà possibile garantire l'assistenza globalmente intesa in tutte le sue specifiche componenti e il buon andamento organizzativo di tutti i servizi sanitari e socio-sanitari?

Siamo consapevoli che oggi i sacrifici sono necessari, ma siamo altrettanto convinti che questi debbano essere equamente distribuiti e non ricadere sempre su coloro che già li fanno.

Se non verremo ascoltati, ci atterremo a ciò che il nostro codice deontologico indica per orientare i comportamenti degli infermieri impegnati nell'assistenza diretta e degli infermieri impegnati nel coordinamento e nella direzione, tenendo presente che:

- non possiamo diminuire ulteriormente i già contenuti livelli di assistenza infermieristica;

- non possiamo accettare di venir meno al nostro specifico mandato professionale;

- non possiamo accettare che i cittadini non siano compiutamente informati dell'eventuale drammatica diminuzione di infermieri nelle degenze e nei servizi e della conseguente loro difficoltà a garantire non solo la necessaria collaborazione agli altri profes-

sionisti, ma soprattutto la qualificata rilevazione e risposta ai bisogni di assistenza.

Rimanendo saldamente agganciati ai principi e ai valori della professione infermieristica, il nostro impegno continuerà a essere quello di stimolare e sostenere gli infermieri con responsabilità di gestione e di rappresentanza professionale con l'obiettivo, da una parte, di ottimizzare le risorse verso l'assistenza, dall'altra di dare corrette e oggettive informazioni agli assistiti.

Che fare? Quattro le nostre proposte:

- 1) portare dati, riferire situazioni, oggettivare criticità, presentare idee, proporre progetti di rimodellizzazione organizzativa e assistenziale ai governatori e agli assessori alla Sanità delle Regioni perché è lì che viene agita la facoltà e la potestà di assumere decisioni di merito;

- 2) evidenziare che c'è la concreta possibilità che, anche qualora si volesse mantenere un'alta percentuale di sostituzione degli infermieri in uscita, potrebbe non esserci la possibilità di loro rapido reperimento stante il profondo gap tra "uscite" dalla professione ed "entrate" nei corsi di laurea in infermieristica e quindi nell'esercizio professionale;

- 3) chiedere che si decida per l'aumento del numero dei posti a selezione per i corsi di laurea in infermieristica;

- 4) riferirsi all'impianto normativo che accompagna la professione a livello nazionale e locale per contenere l'impatto in ambito professionale e gestionale derivante dalla possibile diminuzione del numero di infermieri in servizio.

**Annalisa Silvestro**  
Presidente Federazione nazionale  
Collegi Ipasvi

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Tratti da "Il sole 24 ORE" del 29 giu. - 5 lug. 2010

**SM27**  
2MSZ



## L'emergenza infermieristica continua

### PERSONALE SANITARIO



**Milano e Lodi.** Giovanni Muttillio, presidente Collegio Ipasvi

**Score.** I dati dei Collegi degli infermieri lombardi riportano che 5.142 infermieri sono vicini alla pensione, 3.085 hanno tra i 55 e i 60 anni d'età (il 5,7% dei 54mila infermieri lombardi), 1.414 hanno tra i 61 e i 65 anni (il 2,6%), e 643 superano i 66 anni (l'1,2%). Nel solo Collegio di Milano e Lodi, il più numeroso con oltre 21mila iscritti, sono circa 2.150 gli infermieri che hanno più di 55 anni

### CAMICI BIANCHI



**Presidente.** Ugo Garbarini, Ordine dei medici di Milano

**A rischio.** I tagli imposti al sistema sanitario minacciano anche i medici ospedalieri. «Oggi prevale il precariato: i servizi di pronto soccorso dei grandi ospedali funzionano con medici pagati a gettone orario per pochi euro all'ora – commenta Ugo Garbarini, presidente dell'Ordine dei Medici di Milano –. Tra concorsi bloccati, assunzioni bloccate e mancanza di turn over fra qualche anno non avremo più medici

### MILANO

#### Raffaella Ciceri

■ Potrebbero chiamarlo *Grey's anatomy* come la serie televisiva statunitense. Ma di grigio nel film sulla sanità lombarda ci sarebbero i cinquemila posti per infermieri che rischiano di andare in fumo.

Con il blocco delle assunzioni deciso dalla manovra Tremonti, nel giro di pochi anni in Lombardia potrebbe andare in pensione un infermiere su dieci, senza essere rimpiazzato: sono 5.142 infatti gli infermieri iscritti all'albo regionale che hanno superato i 55 anni. È la cifra che risulta dai conteggi fatti, provincia per provincia, dal coordinamento dei Collegi Ipasvi della Lombardia: un numero che è più del doppio rispetto alla stima presentata lo scorso aprile dalla Regione, che parlava di circa 2mila infermieri over-55.

I dati dei Collegi sono ben diversi: dei 5.142 infer-



## L'emergenza infermieristica continua

Con la manovra blocco del turn over: 5mila professionisti non saranno sostituiti

# Infermieri in via d'estinzione

3.085 hanno tra i 55 e i 60 anni d'età (il 5,7% dei 54mila infermieri lombardi), 1.414 hanno tra i 61 e i 65 anni (il 2,6%), e 643 superano i 66 anni (l'1,2%). Nel solo Collegio di Milano e Lodi, il più numeroso con oltre 21mila iscritti, sono circa 2.150 gli infermieri che hanno più di 55 anni. «La finanziaria varata dal governo aggrava ulteriormente le condizioni lavorative già precarie per la professione infermieristica - dice Giovanni Muttillio, presidente del Collegio Ipasvi di Milano e Lodi -. Il blocco delle assunzioni, la proroga dei pensionamenti, il congelamento dei rinnovi contrattuali con il conseguente taglio sulle indennità e sugli incentivi contrasta con il sistema meritocratico della tanto discussa legge Brunetta e avrà ricadute pesanti sulla qualità dell'assistenza e delle cure erogate ai cittadini».

Con il blocco del turn over, spiegano dal Collegio degli infermieri, il rischio è

ospedali. E a chi sostiene che di infermieri nella sanità lombarda ce ne sono a sufficienza, i Collegi Ipasvi rispondono con i numeri: «I dati sulla carenza di organico sono noti da anni e la Lombardia, ancora più che l'Italia, è in fondo alla classifica dei paesi aderenti all'Ocse - spiega Beatrice Mazzoleni, presidente del Collegio di Bergamo e coordinatrice lombarda -. Se il Nord Europa si colloca in testa con un infermiere professionista ogni 70 abitanti, in Italia il rapporto è di 1 a 161, mentre in Lombardia arriviamo a 1 ogni 188».

I tagli imposti al sistema sanitario minacciano an-

## 54mila

**In Lombardia**

Gli infermieri iscritti all'Ipasvi in regione sono oltre 50mila

## 2.150

**Over 55**

Solo nel Milanese gli infermieri

che i medici ospedalieri: «Già oggi prevale il precariato: i servizi di pronto soccorso dei grandi ospedali funzionano con medici pagati a gettone orario per pochi euro all'ora - commenta Ugo Garbarini, presidente dell'Ordine dei Medici di Milano -. Tra concorsi bloccati, assunzioni bloccate e mancanza di turn over, di questo passo fra qualche anno non avremo più medici negli ospedali. Le condizioni di lavoro stanno peggiorando e chi può fugge nel pensionamento». Per il momento è difficile tentare una stima di quanti posti di lavoro rischiano di perdersi se non potranno essere rimpiazzati i medici ospedalieri che vanno in pensione. Ma il rischio, con i tagli, è che vengano sfoltite anche le collaborazioni e i contratti precari: «Oggi un giovane deve essere davvero molto motivato per iscriversi a Medicina, ed essere consapevole che avrà vita difficile».

Tratti da "Il sole 24 ORE" del 14 luglio 2010 - N. 27

SM29  
2W58

**CORSI  
ECM**

**29 settembre 2010**

LA RICERCA INFERMIERISTICA ON-LINE:  
UN BISOGNO DELLA PROFESSIONE,  
UN'OPPORTUNITÀ PER I PROFESSIONISTI  
(accreditamento ECM richiesto  
per Infermiere e Inf. Pediatrico)

**27 ottobre 2010**

PREVENZIONE E TRATTAMENTO  
DELLE LESIONI CUTANEE:  
VASCOLARI E DA PRESSIONE  
(accreditamento ECM richiesto per Infermiere e Inf. Pediatrico)

**24 novembre 2010**

DALLA DEMOTIVAZIONE  
ALLA MOTIVAZIONE PROFESSIONALE:  
UN PASSAGGIO POSSIBILE  
(accreditamento ECM richiesto per Infermiere,  
Inf. Pediatrico e Ass. Sanitario)

**Sede dei corsi:**

Casa del Giovane - via Gavazzeni, 13 - Bergamo

**Durata dei corsi:**

8 ore - Inizio ore 8.30 - Termine ore 17.00/18.00

**Numero massimo partecipanti: 300**

**Accreditamento ECM in corso per personale infermieristico**

I corsi sono aperti a tutti coloro che possono  
essere interessati agli argomenti

Per iscriversi ai corsi è sufficiente inviare via fax (035-232980) o via  
mail (info@focusg.it) la Scheda d'iscrizione compilata con i propri  
dati e la copia di avvenuto pagamento tramite bonifico o bollettino

di c/c, ppure passare direttamente in ufficio per pagamento in contanti/assegno. L'iscrizione sarà ritenuta valida solo se accompagnata dall'attestazione di avvenuto pagamento.

**Quota di iscrizione ad ogni corso:** Euro 40,00 (IVA inclusa)

**Modalità di pagamento:**

- bonifico bancario: intestato a Focusgroup srl - NUOVO IBAN IT11X088691110000000000517 (Banca Cred. coop. Sorisolei)
- contanti, direttamente presso la segreteria, via A. da Rosciate, 1 - Bergamo (zona Borgo S.ta Caterina - orari: lun-ven ore 9-13 e 14-18)
- bollettino di c/c postale: da versare sul c/c n. 84479260 intestato a FOCUSGROUP srl

La scheda di iscrizione si può scaricare dal sito [www.focusg.it](http://www.focusg.it) nel quale sarà evidenziato il numero di posti disponibili aggiornato

**INDICARE NELLA CAUSALE IL CORSO A CUI SI E' INTERESSATI E (SE DIVERSA DAL NOMINATIVO RIPORTATO) LA PERSONA PER CUI SI EFFETTUA IL PAGAMENTO**

A tutti i partecipanti sarà rilasciata regolare fattura.

Per chi fosse in possesso di partita IVA, ricordiamo che è obbligatorio indicarla nella scheda d'iscrizione.

**PRANZO:** È possibile pranzare presso la mensa della Casa del Giovane al costo di Euro 10,00. È necessario prenotarsi barrando l'apposita casella sulla scheda d'iscrizione. Il costo del pranzo andrà pagato direttamente in sede di corso, non in anticipo.

Per ogni informazione fate riferimento al sito [www.focusg.it](http://www.focusg.it)  
oppure contattate la

**SEGRETERIA ORGANIZZATIVA**  
(orari: lun-ven ore 9-13 e 14-18)

**FOCUSgroup srl - via A. da Rosciate, 1 - 24124 Bergamo**

**Tel. 035 224072 - fax 035 232980**

**[www.focusg.it](http://www.focusg.it) - [info@focusg.it](mailto:info@focusg.it)**



**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](mailto:collegio@infermieribergamo.it)