

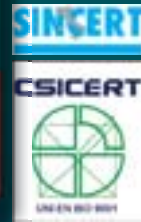


Auguri di Buone Feste



Scripta Manent

n.56



Notiziario a cura del Collegio IPASVI Bergamo

OGNI PROMESSA È DEBITO...

SCRIPTA MANENT - Anno XVI n. 56 - Novembre 2010 - Spedizione in abbonamento postale - art. 2 comma 20/c l. 662/96 - BG



Il Master in coordinamento ora è realtà anche a Bergamo!

all'interno

**IL BANDO
PER IL MASTER
PER LE FUNZIONI
DI COORDINAMENTO
A BERGAMO**

**PSS REGIONE LOMBARDIA
2010-2014:
LE OSSERVAZIONI DEL
COORDINAMENTO REGIONALE
IPASVI**

**MRSA:
SE LO (RI)CONOSCI
LO EVITI?**

Sommario

<i>"Finalmente il master in coordinamento arriva a Bergamo!"</i> Editoriale a cura della Presidente Beatrice Mazzoleni	pag. 3
<i>"Master I livello: Management per le funzioni di Coordinamento per le Professioni Sanitarie Infermieristiche e Ostetriche"</i>	pag. 5
<i>"Implicazioni del federalismo nel processo assistenziale, Terrasini, 5/7 settembre 2010"</i> A cura di Dolores Belometti	pag. 7
<i>"Mass casualty incident preparedness advanced course for nurses"</i> A cura di Beatrice Mazzoleni e Angelo Agostini	pag. 13
<i>"Osservazioni sulla proposta di Piano Socio Sanitario Regionale anno 2010/2014"</i>	pag. 15
<i>"Proposte di collaborazione dei Collegi IPASVI della Regione Lombardia"</i>	pag. 17
<i>"Decreto Farmacie: il Comunicato Stampa del Collegio"</i>	pag. 19
<i>"Comunicato stampa: La ridefinizione e l'evoluzione delle competenze degli infermieri risponde ai bisogni dei cittadini e del sistema sanitario: la posizione dell'Ipasvi"</i>	pag. 21
<i>"MRSA: se lo (ri)conosci lo eviti?"</i> A cura di Marco Ghidini e Eleonora Cozzi	pag. 23
<i>"La presa in carico in un Servizio Psichiatrico Territoriale: l'esperienza del Centro Psicosociale di Cuggiono"</i> A cura di Maria Grazia Castoldi e Sandra Tomanin	pag. 26
<i>"Occhio... ai monitor!"</i> A cura di Simona Plebani	pag. 30
<i>1° annuncio eventi formativi 2011</i>	pag. 31

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 alle **mailing-list** accedendo al nostro sito (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

Finalmente il master in coordinamento arriva a Bergamo!

Editoriale a cura della Presidente Beatrice Mazzoleni

Caro/a collega, la formazione dell'infermiere, la sua cultura e lo sviluppo consequenziale della professione, risultano essere ormai divenuti i cardini dell'attività professionale di ogni infermiere.

Ogni avvenimento ormai ci ricorda l'importanza di un professionista aggiornato e culturalmente pronto a rispondere alle necessità assistenziali del cittadino.

Tra le professioni intellettuali, la nostra è quella che negli ultimi anni si è evoluta più velocemente e ha raggiunto traguardi interessanti soprattutto per quanto riguarda la formazione di base e post base. Da ausiliari della professione medica, grazie proprio alle conquiste normative, siamo diventati Professione intellettuale. Negli ultimi decenni vi è stato un progresso scientifico e tecnologico, dei cambiamenti socio-demografici e una crescita culturale della popolazione che hanno trasformato la nostra società e di conseguenza il sistema sanitario. La nostra Professione ha, di pari passo, avuto una evoluzione che è partita da una trasformazione del sistema universitario.

La legge 42/99 ha sostituito la denominazione "professione sanitaria ausiliaria" con "professione sanitaria", ha abolito il mansionario e riconosciuto il profilo professionale.

Il Decreto MURST, 509/99, in materia di regolamentazione dell'autonomia universitaria ha dettato le disposizioni sui criteri generali



per l'ordinamento degli studi universitari; importantissima è stata la Legge 251 del 10 agosto 2000 che ha stabilito finalmente l'autonomia delle professioni sanitarie, ha riconosciuto la dirigenza del ruolo sanitario e ha individuato i criteri per la disciplina degli ordinamenti didattici di specifici corsi universitari post diploma universitario o titolo equipollente. In seguito il Decreto MURST 2.4.2001, ha previsto l'istituzione dei corsi di laurea triennale per le professioni sanitarie.

La legge 43/2006 stabilisce l'obbligo di iscrizione all'albo professionale per l'esercizio della professione, l'obbligo alla formazione continua; inoltre la 43 stabilisce "...l'istituzione degli ordini ed albi ai quali devono accedere gli operatori delle professioni sanitarie esistenti, nonché di quelle di nuova configurazione." Questo comporta che i Collegi esistenti dovranno essere trasformati in Ordini; questo articolo, n. 4 della L.43/06, non è ancora attuativo.

La formazione supporta gli infermieri anche nell'affermazione della propria autonomia, responsabilità e professionalità, come dimostrato da quei colleghi che, al fine di ridurre i tempi di attesa e fornire un miglior servizio al cittadino nell'ambito del Pronto Soccorso, hanno dato vita al sistema "see and treat" attivato dalla Regione Toscana tramite delibera di Giunta n.449 del 31/03/2010.

Purtroppo tale modello, nonostante risulti basato su evidenze scientifiche, protocolli e necessità organizzative, ha innescato una serie di "attacchi" da una parte della rappresentanza medica, la quale, attraverso un esposto a carico delle Regioni Emilia Romagna e Toscana, denuncia una violazione del profilo professionale.

E' ormai giunta l'ora che l'infermiere ottenga ciò che, in seguito a formazione, ha il diritto di avere, quindi riconoscimento organizzativo, professionale e sociale.

E' nel credere e sostenere questa politica professionale che il Collegio di Bergamo, come pre annunciato nel rinnovo elettorale del 2008, ha raggiunto l'obiettivo di organizzare il Master di I livello in "MANAGEMENT PER LE FUNZIONI DI COORDINAMENTO PER LE PROFESSIONI SANITARIE INFERMIERISTICHE ED OSTETRICHE" presso l'Università degli Studi di Bergamo, presentato nella pagina successiva.

Dopo tanto lavoro e tenacia, incontri e progettazione, siamo finalmente giunti a uno degli obiettivi che ci eravamo prefissati all'inizio di questo mandato, per offrire la possibilità ai nostri iscritti di accedere ad un Master "in casa", dando così un'opportunità ai numerosi colleghi che lo hanno richiesto di poter proseguire nella formazione secondaria.

Siamo sicuri che questo progetto troverà un positivo riscontro da parte dei colleghi bergamaschi e potrà consentirci di sviluppare sempre più quella cultura professionale che ci sta rendendo e sempre più ci renderà una professione pronta ad evolversi nell'innovazione del sistema sanitario e consentendoci di divenire primi attori nella modifica del sistema sanitario stesso.





UNIVERSITÀ DEGLI STUDI
DI BERGAMO



IPASVI

COLLEGIO PROVINCIALE
DI BERGAMO

Master: **Management per le Funzioni di Coordinamento per le Professioni Sanitarie Infermieristiche e Ostetriche (1ª EDIZIONE)**

Nell'ambito della convenzione sottoscritta con IPASVI Bando pubblicato -
Aperte le iscrizioni

- **Direttore del Master:** Chiara Casadio
- **Commissione del Master:** Chiara Casadio, Cristiana Cattaneo, Beatrice Mazzoleni, Angelo Renoldi, Stefania Servalli.

- **Obiettivi formativi e sbocchi occupazionali:**

Il Master di I livello è rivolto a professionisti, operatori e neolaureati, ed è finalizzato alla tutela della salute dell'uomo. Il Master si inquadra nell'ambito dell'ampia proposta formativa indirizzata all'area gestionale-organizzativa del settore Sanità della Facoltà di Economia. Il progetto è volto all'acquisizione dei principi basilari del "Sistema azienda" e all'analisi delle problematiche di gestione economico-finanziaria dei servizi sanitari e socio-sanitari e risponde alle crescenti esigenze formative degli operatori del settore in area economico-gestionale che necessitano di acquisire tali competenze, sempre più richieste dalle strutture di riferimento. Il Master è indirizzato a persone con responsabilità gestionali nell'ambito di servizi sanitari e socio-sanitari e offre l'acquisizione di competenze avanzate nell'area organizzativa e gestionale di primo livello, al fine di attuare politiche di programmazione sanitaria ed interventi volti al miglioramento continuo di qualità. In riferimento alle risorse strutturali, tecnologiche ed umane dell'area di appartenenza, per garantire gli obiettivi del sistema organizzativo sanitario.

• **Struttura del Master:**

Durata annuale, pari a 1500 ore, 60 Crediti Formativi Universitari:

- 250 ore di formazione in aula e 130 ore in E-LEARNING (Formazione a Distanza)
- 500 ore di stage/progetto di ricerca
- 570 ore studio individuale
- 50 ore di elaborazione tesi finale

• **Date e scadenze:**

- Scadenza Iscrizioni: 19 gennaio 2011
- Avvio corso: 24 febbraio 2011
- Termine corso: entro dicembre 2011
- **Calendario ipotetico** (verrà confermato in occasione delle immatricolazioni)

• **Tassa di Iscrizione:** 2.714,62 euro.

(Comprensiva della marca da bollo assolta in modo virtuale)

Per Informazioni:

Ufficio Corsi Post Lauream

Orari: lunedì martedì e mercoledì dalle 09.00 alle 12.30 e

dalle 14.30 alle 16.30,

giovedì e venerdì dalle 09.00 alle 13.00;

Telefono: 035-2052-467/468/604

e-mail: master@unibg.it

sito: www.unibg.it



Evento formativo: “Implicazioni del federalismo nel processo assistenziale”

Terrasini-Palermo, 5-7 Settembre 2010

A cura di Dolores Belometti

Dal 5 al 7 settembre u.s., si è tenuto a Terrasini (PA) un momento di formazione e di aggregazione organizzato da diversi Collegi IPASVI, sviluppato in tre giornate e che ha visto la partecipazione di circa 400 infermieri provenienti da tutta Italia. Il tema che ha prevalso è stato il ruolo cruciale della professione infermieristica nel valutare le scelte politiche e le conseguenze future sulla salute del cittadino.

Il tema della prima giornata, “Federalismo e Sanità”, ha sottolineato i principi fondamentali su cui si basa il SSN:

- Universalità ed equità di accesso ai servizi sanitari
- Responsabilità pubblica della tutela della salute
- Globalità di copertura in base alle necessità assistenziali di ciascuno, secondo quanto previsto dai Livelli essenziali ed uniformi di assistenza (LEA)
- Finanziamento pubblico attraverso la fiscalità generale
- “Portabilità” dei diritti in tutti il territorio nazionale e “reciprocità” di assistenza con le altre regioni

In base al principio di sussidiarietà costituzionale, il servizio sanitario è articolato secondo due livelli di responsabilità e di governo: il livello centrale, lo Stato, che deve garantire a tutti i cittadini il diritto alla salute attraverso i LEA, e il livello regionale, dove le Regioni hanno la responsabilità di realizzazione, di governo e di spesa per il raggiungimento degli obiettivi di salute del nostro Paese.

Il sistema di “federalismo fiscale” introdotto nella riforma del 2000 e dalla legge n. 42 del 5 maggio 2009, ha mantenuto alcune caratteristiche del sistema precedente: annualmente la legge finanziaria individua il fabbisogno



sanitario nazionale sulla base di una stima preventiva delle risorse disponibili necessarie per finanziare i LEA, successivamente viene determinato il fabbisogno regionale con un Accordo in sede di Conferenza Stato Regioni, che poi viene recepito dal CIPE. La determinazione delle risorse da erogare a ciascuna Regione per coprire la spesa sanitaria, avviene tenendo presenti alcuni aspetti:

- Il fabbisogno sanitario
 - La popolazione residente
 - La capacità fiscale
 - La dimensione geografica di ciascuna regione
- Nella prassi si utilizza il criterio della “quota capitaria ponderata”, si tiene conto di alcune variabili che rappresentano il bisogno di assistenza di ogni singolo individuo (età, genere, tasso di mortalità perinatale ed infantile, densità abitativa) e poi si moltiplica per il numero di residenti in ciascuna Regione. Inoltre ogni anno viene definito un “fondo perequativo nazionale” per coprire le spese delle regioni che non riescono a recuperare attraverso le proprie entrate fiscali (IRAP, addizionale IRPEF, accise sulla benzina, ecc.)

“Implicazioni del federalismo nel processo assistenziale”



Beatrice Mazzoleni, Presidente IPASVI Bergamo, con Vincenzo Gargano, Presidente IPASVI Palermo.

Il federalismo fiscale comporta un decentramento delle funzioni di spesa ed un adeguato livello di finanziamento per ottenere:

- **Efficienza:** l'offerta dei beni e dei servizi pubblici si articola a livello territoriale per rispondere alle preferenze dei cittadini
- **Responsabilizzazione** degli amministratori locali, per cui si stabilisce un legame fra le imposte che vengono prelevate ai cittadini e le spese che vengono sostenute. Questo comporta che gli Enti decentrati abbiano margini di autonomia nelle decisioni di spesa e nelle decisioni delle relative entrate.

Quale è la preoccupazione degli Infermieri italiani?

Ci sono due tipi di federalismo: quello **concorrenziale**, che permette diversificazioni molto marcate nei servizi offerti dalle diverse regioni e quello **cooperativo e solidale**, che tutela e garantisce i diritti dei cittadini alla sanità, all'istruzione, all'assistenza, ecc. a prescindere

dal territorio in cui abitano. Sinora ha prevalso il secondo tipo di federalismo ma domani cosa succederà? Sarà garantito il principio di portabilità e reciprocità; come conciliare la capacità fiscale della Lombardia e della Calabria?. Non dimentichiamo che la spesa sanitaria rappresenta la quota di bilancio più consistente di tutte le regioni .

Il Federalismo fiscale porterà ad uno sviluppo di competizioni virtuose? I cittadini potranno maggiormente controllare l'operato dei politici locali? Ci sarà una più equa distribuzione delle risorse? Oppure ci saranno cittadini di serie A e cittadini di serie B a secondo delle Regioni in cui vivono? Potremo ancora sceglierci gli ospedali che vorremo?

L'introduzione del Federalismo fiscale è un punto a favore del governo centrale o è uno strumento di riconoscimento dell'autonomia delle regioni?

Mentre l'assistenza sanitaria è largamente finanziata dai DRG, per la maggior parte delle famiglie è quasi impossibile affrontare economicamente la non autosufficienza e qualunque intervento pubblico per incentivare la domiciliarizzazione si scontra con la limitatezza delle risorse disponibili.

Gli anziani e i non autosufficienti spesso non hanno la possibilità di ricercare autonomamente proposte di cura e assistenza alternative da quelle proposte nella loro regione e non si possono permettere di acquistare servizi da privati o viaggiare da una regione all'altra in cerca di un luogo di cura più adatto, spesso sono malati con più patologie per cui l'assistenza costa molto e nessuno se ne fa carico.

E pensare che il Federalismo fiscale risponde a esigenze già sancite dalla Carta Costituzionale, (art. 119 della Costituzione del 1948), secondo le quali alle Regioni devono essere attribuiti i tributi necessari per il finanziamento delle funzioni loro assegnate.

“Implicazioni del federalismo nel processo assistenziale”

Negli ultimi anni le Regioni italiane hanno scelto modelli di cura e di assistenza finalizzati, almeno a livello programmatico, a ridurre nel tempo l'istituzionalizzazione a favore della domiciliarizzazione, ma si è creato un paradosso: a fronte della volontà di incentivare l'assistenza domiciliare ai non autosufficienti, si è potenziato negli ultimi anni un mercato privato del lavoro di cura sommerso e a basso costo, alimentato da un sostegno monetario (indennità di accompagnamento, assegni di cura) e da un sistema sociale tollerante rispetto al lavoro nero; questo ostacola la crescita di un mercato privato regolare dei servizi assistenziali infermieristici. E così nelle strutture e sul territorio prevalgono le politiche di contenimento delle spese, i blocchi delle assunzioni e dei turn over, la riduzione dei fondi per i sistemi premianti, i blocchi delle carriere, la riduzione delle posizioni organizzative e dei coordinamenti, ecc.. Le Direzioni Generali Sanità delle regioni Italiane dovrebbero chiedersi come sarebbero andati i bilanci di alcuni Aziende senza la gestione oculata delle risorse professionali effettuate dai SITRA o Servizi Infermieristici in questi ultimi anni!

Comunque noi Infermieri abbiamo il dovere di difendere il sistema universalistico e solidale della nostra sanità.

Nella seconda giornata si è parlato della “Formazione Universitaria alla luce dell'applicazione della 270/04”

Argomento a noi molto caro e che si ricollega al tema del federalismo fiscale come è stato ben trattato dai relatori della giornata.

Il processo federalista si è avviato con l'accordo Governo-Regioni dell'8 agosto 2001 i cui punti salienti sono stati:

- Patto di stabilità sanitario
- Definizione dell'indicatore di presenza di posti letto per acuti e per distinte specificità

- Definizione della spesa sanitaria in quote fiscali

La Legge Costituzionale n. 3 del 18.10.2001, “Modifiche al titolo parte seconda della Costituzione” stabilisce che:

“La tutela della SALUTE e l'ISTRUZIONE sono materia a competenza concorrente:

- Lo Stato ha potestà di determinare i principi
- Le Regioni hanno autonomia in riferimento alla programmazione, alla gestione, alla organizzazione dei servizi sanitari”

Art. 117: Lo Stato ha legislazione esclusiva nelle seguenti materie:

- a) Politica estera
- b) Immigrazione
- c) Rapporti tra la Repubblica e le confessioni religiose
- d) Difesa e Forze armate
- e) Moneta, ecc

...sono materie di legislazione concorrente quelle relative a:

- ISTRUZIONE...;
- Tutela della salute;
- ...

La Regione emana per le suddette materie, norme legislative nei limiti dei principi fondamentali stabiliti dalle leggi dello Stato, sempre che le stesse non siano in contrasto con l'interesse nazionale.

L'art. 119: I Comuni, le Province, le Città metropolitane e le Regioni hanno autonomia finanziaria di entrata e di spesa... stabiliscono e applicano tributi ed entrate propri... Le risorse derivanti dalle fonti di cui ai commi precedenti consentono ai Comuni, alle Province, alle Città metropolitane e alle Regioni di finanziare integralmente le funzioni pubbliche loro attribuite. Per promuovere lo sviluppo economico, la coesione e la solidarietà sociale, per rimuovere gli squilibri economici e sociali, per favorire l'effettivo esercizio dei diritti della persona, o per provvedere a scopi diversi dal normale

“Implicazioni del federalismo nel processo assistenziale”

esercizio delle loro funzioni, lo Stato destina risorse aggiuntive ed effettua interventi speciali in favore di determinati Comuni, Province, Città metropolitane e Regioni.

...Le Regioni hanno la responsabilità diretta della realizzazione, del governo e della spesa per il raggiungimento degli obiettivi di **istruzione e salute** del Paese.

Proprio in materia di istruzione e salute, gli ordinamenti universitari per quanto riguarda gli Infermieri sono stati:

- **D. MURST 509/99** che, in materia di regolamentazione dell'autonomia universitaria, detta le disposizioni sui criteri generali per l'ordinamento degli studi universitari;
- **D. MIURST 2.4.2001** che prevede l'istituzione dei corsi di laurea triennali per le professioni sanitarie;
- **D. MIUR 270** che modifica alcune norme del D.M. 509/99 in materia di ordinamento degli studi universitari;
- **D.Lgs 502/92**, art. 6 comma 3, che in materia di formazione universitaria per le professioni sanitarie, richiama le **Regioni e le Università** a definire intese e rapporti di convenzione a supporto della stessa formazione;
- **D.Lgs 517/93** che conferma la necessità che in tali rapporti siano considerate le strutture e le attività essenziali allo svolgimento delle funzioni della didattica e di ricerca.

La riforma dell'architettura didattica dei corsi di studio universitari, sia nella prima fase 1999-2001, che nella nuova applicazione derivante dal D.M. 270/04 e dai conseguenti decreti 16 marzo 2007 sulle classi delle lauree e delle lauree specialistiche, si fonda sulla piena realizzazione dell'autonomia didattica delle università, che ne è al tempo stesso obiettivo e criterio di valutazione, relativamente ai risultati. La ridefinizione dell'offerta formativa costituisce una importante occasione per migliorare la qualità, l'efficacia e la coerenza dei corsi di

studio nell'ottica di una sempre maggiore convergenza entro il quadro europeo previsto dal processo di Bologna, favorisce la mobilità degli studenti e stimola una diversa competizione fra gli atenei.

Nella seduta del 29 luglio 2010 è stato approvato in prima lettura dal Senato il **Disegno di legge n. 1905**, in cui vengono ridisegnati i tratti fondamentali del sistema universitario:

- **la governance** e la struttura degli atenei
- **la premialità** degli studenti meritevoli
- **la valutazione**, il commissariamento e l'accreditamento degli atenei
- **il riequilibrio** fra gli atenei
- **lo stato giuridico** di docenti e ricercatori, il reclutamento, **i settori disciplinari**, i contratti di insegnamento e ricerca.

Ne deriva che **la Governance** interna ora dovrà ruotare sul **dipartimento, cui sono attribuite funzioni finalizzate allo svolgimento della ricerca scientifica, delle attività didattiche e formative...**

Le facoltà verranno ridotte fino a un massimo di 12 per Ateneo per evitare la proliferazione di specializzazioni inutili, per razionalizzare l'offerta formativa, per migliorare qualità, efficienza ed efficacia dell'attività didattica, di ricerca e gestionale.

Analizzando la situazione in diverse Regioni italiane sono state rilevate alcune criticità del sistema universitario, per esempio: i Protocolli d'intesa sono stati stipulati e applicati in modo discrezionale, soprattutto rispetto all'attribuzione degli incarichi di insegnamento; i regolamenti sono parzialmente applicati; gli incarichi di insegnamento sono attribuiti senza la pesatura curriculare; si ricorre a procedure poco chiare nel conferire l'incarico di Coordinatore teorico-pratico; vi è basso utilizzo di risorse umane (tutor, assistenti di tirocinio); assenza di relazione con il mondo professionale e del lavoro (IPASVI, ecc); in alcune sedi mancano i

“Implicazioni del federalismo nel processo assistenziale”



requisiti minimi generali e specifici; assenza di piani economici; eccessivo numero di studenti assegnati rispetto alle potenzialità delle sedi; disarticolazione dei piani di studio previsti. Come si può vedere i problemi sono molti e non solo tra nord e sud ma anche tra Regioni contigue.

Il processo di riforma costituzionale in atto, potenzia il ruolo e l'autonomia delle Regioni, assegna ad esse grandi responsabilità in materia di sviluppo territoriale, di ricerca e di innovazione a favore del sistema delle imprese, di istruzione e formazione professionale e di diritto allo studio. Il potenziamento delle interazioni e delle sinergie tra i sistemi di autonomia di Regioni e Università, sviluppate nella salvaguardia dei rispettivi ambiti di competenze e responsabilità, può contribuire alla crescita sociale, civile ed economica del Paese. Le Regioni dovranno sviluppare condizioni idonee alla crescita sia dei sistemi formativi regionali, compresi quelli universitari, sia delle interazioni tra ricerca universitaria e sistema delle imprese, con particolare riferimento al trasferimento tecnologico.

La terza giornata è stata seguita con attenzione dai partecipanti perché ha trattato un argomento molto interessante “L’Infermiere e le maxi emergenze” e i relatori erano in prevalenza donne. Tra loro è stata molto apprezzata

la nostra Presidente, Beatrice Mazzoleni, che ha portato l’esperienza del Collegio di Bergamo in merito al progetto formativo in collaborazione con colleghi di Israele.

Perché parlare di formazione infermieristica nelle maxi-emergenze? La situazione internazionale ha mostrato negli ultimi anni, un continuo e progressivo incremento di eventi dannosi imprevisti. Quindi si è resa necessaria una preparazione specifica degli Infermieri che risulta essere molto carente sia a livello intra che extra ospedaliero. Nel 2004 l’offerta formativa in Italia per gli Infermieri era pari a zero. Per quanto riguarda la nostra realtà lombarda, e nello specifico bergamasca, il rischio di affrontare una maxi-emergenza, valutata la zona geografica (industria, A4, ecc...) era molto alto, la Regione Lombardia aveva richiesto alle A.O. la creazione di PEMA (Piani di Emergenza e Massiccio Afflusso di Feriti); gli Infermieri nostri iscritti chiedevano eventi formativi dedicati.

Per questo la scelta del Collegio IPASVI di Bergamo nel 2004 è stata di sensibilizzare maggiormente gli Infermieri all’argomento e organizzare dei corsi che dessero una risposta efficace. Dal 2004 al 2009 abbiamo organizzato Convegni Internazionali solo per Infermieri con esperti nazionali ed internazionali e dal 2005 al 2008 abbiamo organizzato Corsi di formazione in Israele a cui hanno partecipato Infermieri di Area Critica, provenienti da diverse

“Implicazioni del federalismo nel processo assistenziale”

Regioni italiane, che hanno avuto la possibilità di partecipare a simulazioni ed esercitazioni e che hanno trascorso un turno di lavoro con colleghi israeliani su autoambulanze e in ospedale. Il 28 aprile 2008 nell'ambito dell' "Italian Israeli forum on Science and Technology" è stato firmato un Memorandum d'intesa fra Israel National Center for Trauma and Emergency Medicine e il Collegio IPASVI di Bergamo che garantirà la prosecuzione della formazione degli Infermieri attraverso l'organizzazione di corsi base e avanzati. Quest'anno infatti, dal 5 al 13 novembre si terrà un Corso avanzato sempre in Israele.

Il racconto della nostra esperienza ha suscitato molto interesse e ammirazione nei partecipanti che, dopo la relazione, si sono congratulati con la nostra Presidente e hanno chiesto informazioni in merito alla partecipazione a questi corsi. L'intervento dei colleghi Michele Fortuna e Rosaria Capotosto ha permesso a tutti i presenti di conoscere il CIVES (Coordinamento Infermieri Volontari per l'Emergenza Sanitaria). Per volontà della Federazione Nazionale IPASVI, nel 1998 è stata costituita la struttura operativa di volontariato CIVES, nella forma di Associazione ONLUS, al fine di offrire uno strumento organizzativo capace di ottimizzare la disponibilità di professionisti infermieri in caso di intervento nei settori delle maxiemergenze o di catastrofi in collaborazione con il Dipartimento Nazionale della Protezione Civile, in Italia e all'estero. Il CIVES ha come scopo la creazione di un sistema di intervento volontario basato sullo spirito di solidarietà dei professionisti, che sappia esaltare la competenza e le specializzazioni che gli Infermieri sono in grado di esprimere. Nell'ottica di valorizzazione di tutte le professionalità infermieristiche, Si può parlare di un intervento a tutto campo di professionisti volontari che possono garantire una presenza qualificata in tutti i settori della

sanità. CIVES raccoglie l'adesione di tutte le componenti infermieristiche italiane, non solamente dei professionisti operanti in area critica e dell'emergenza. In caso di calamità infatti, tutti i settori dell'organizzazione sanitaria dell'area interessata possono presentare situazioni di grave sofferenza per cui è necessario il supporto specialistico. Si prevede quindi di poter schierare equipe di operatori infermieristici modulandone la qualità e la specializzazione a seconda delle caratteristiche dell'evento. Ciò porterebbe ad un potenziale coinvolgimento diretto di tutti gli iscritti, ognuno con la propria esperienza, cultura, professionalità, sviluppate sia in ambito ospedaliero che territoriale.

CIVES è una organizzazione nazionale in nuclei provinciali; attualmente sono attivi 10 nuclei provinciali: Brescia, Firenze, Livorno, Chieti, Napoli, Lecce, Foggia, Bari, Cosenza, Ragusa, Catania per un totale di 284 iscritti dei quali 215 operativi.

La collega Capotosto ha mostrato situazioni diverse in cui il CIVES è intervenuto a fianco dei volontari della Protezione Civile, in particolare in occasione del terremoto che ha colpito l'Abruzzo, mostrando come è stato organizzato l'intervento infermieristico. La collega ha concluso estendendo l'invito all'adesione rivolgendosi a tutti gli infermieri che desiderano mettere a disposizione le loro competenze con impegno e solidarietà.

Il convegno ci ha dato diversi ed interessanti spunti di riflessione su quanto gli Infermieri possono e devono fare per dare un valido contributo per difendere, a proposito di Federalismo Fiscale, il sistema universalistico e solidale della nostra sanità per cui non si può non sottolineare l'importanza della formazione dei nostri futuri colleghi perché siano professionisti capaci di esprimere, nel campo della salute e dell'assistenza, il contributo infermieristico.

7-11 novembre 2010: “Mass Casualty Incident Preparedness Advanced Course for nurses”

A cura di Beatrice Mazzoleni e Angelo Agostini

Lo scorso 7-11 novembre 2010 presso il Chaim Sheba Medical Center, Tel Ashomer di Tel Aviv, ha avuto luogo il primo “**Mass Casualty Incident Preparedness Advanced Course**”.

Tale corso era rivolto ad Infermieri che operano in ambito Ospedaliero con consolidata esperienza in ambito traumatico, con un’esperienza minima di 3/5 anni di attività in Pronto Soccorso/Dipartimento d’Emergenza, Area Critica, Reparti chirurgici, ed infermieri di 118 coinvolti nella stesura e/o miglioramento dei piani di massiccio afflusso di feriti (PEIMAF) e/o nell’integrazione dei piani territoriali-ospedalieri, con una buona conoscenza dell’inglese.

L’apertura dei lavori ha visto il saluto del **Dr. Stefano Boccaletti**, addetto scientifico all’Ambasciata Italiana in Israele, presente in questi anni con una attenta opera di riconoscimento e sostegno di questa iniziativa, del **Dr. Yair Amikam**, Vice Direttore delle Informazioni e delle Relazioni Internazionali del Ministero della Sanità israeliano, del **Dr. Arnon Afek**, Vice Direttore dello Sheba Medical Center e Responsabile del Management Research & Support Unit, del **Dr. Kobi Peleg**, Direttore dell’Israel National Center for Trauma and Emergency Research, del **Dr. Sosi Goldberg**, Responsabile del Servizio Infermieristico dello Sheba Medical Center e di

Dvora Hertz, Coordinatrice Infermieristica del Dipartimento d’emergenza dello Sheba Medical Center.

Le lezioni hanno avuto luogo presso il Gertner Institute for Epidemiology and Health Policy Research e prevedevano una combinazione di lezioni frontali, Workshops e simulazioni, avendo anche la possibilità di partecipare, in qualità di osservatori, ad una esercitazione relativa ad un attacco biologico avvenuta al Kaplan Medical Center a Rehovot.

Il corso si è svolto nell’ambito di un “**Memorandum of Understanding**” siglato fra l’Israel National Center for Trauma and Emergency Research – Gertner Institute for Epidemiology and Health and Policy Research, the Chaim Sheba Medical Center e il Collegio IPASVI di Bergamo, nelle persone del Presidente **Beatrice Mazzoleni** e **Angelo Agostini**.

Il Memorandum firmato, aveva come oggetto la collaborazione reciproca sul progetto “**Mass Casualty Management for Nurses**” inerente la formazione di Infermieri Italiani relativamente ad eventi che comportano un massiccio afflusso di feriti fino ad eventi di massa con particolare riferimento ad attacchi terroristici.

Tale Memorandum ha lo scopo dichiarato di promuovere un pragmatico ed efficace approc-



7-11 novembre 2010: "Mass Casualty Incident Preparedness Advanced Course for nurses"



cio a queste tematiche.

Per la prima volta un Ordine Professionale degli Infermieri Italiano è riuscito a formalizzare un accordo internazionale in un ambito così specifico e di estrema rilevanza, garantendo un'ampia possibilità di collaborazione e lasciando aperti nuovi ambiti di sviluppo.

Tale accordo è giunto a coronamento di un lungo ed impegnativo lavoro di collaborazione fra le parti già a partire dall'anno 2003.

Il Collegio IPASVI di Bergamo nella persona del suo Presidente Beatrice Mazzoleni e su progetto di Angelo Agostini, aveva realizzato un approccio su due diverse direttrici:

- Sensibilizzare gli infermieri circa le tematiche relative alla risposta sanitaria ad eventi terroristici
- Organizzare corsi nello stato che internazionalmente ha riconosciuto la maggiore esperienza nel campo, Israele.

Negli anni 2004, 2005, 2006, 2007 e 2009 sono stati realizzati in Italia 5 convegni dal tema "Atto terroristico: dallo scenario al Dipartimento d'Emergenza", con la partecipazione di alcuni fra i maggiori esperti a livello nazionale ed Internazionale; convegni che hanno raccolto la partecipazione di oltre 1700 infermieri.

La scelta conseguente e di naturale integrazione è stata quella di organizzare dei corsi, dove i docenti sono coloro che vengono riconosciuti come i maggiori esperti a livello internazionale,

con cui approfondire in maniera sostanziale le tematiche in oggetto. Ciò ha fornito la possibilità e l'opportunità a personale qualificato e fortemente motivato di poter accedere direttamente ad informazioni e formazione, e a condividere esperienze ed approcci operativi di chi attualmente è il maggiore depositario di tali conoscenze.

Sono stati finora realizzati presso lo Chaim Sheba Medical Center di Tel Aviv **3 corsi base** negli anni 2005, 2007 e 2008 della durata di 2 settimane, mentre questo novembre ha avuto luogo **il primo corso avanzato**.

Ci si augura che tale opportunità venga colta dagli Infermieri e dalle Aziende Ospedaliere come un nuovo ed estremamente efficace strumento di formazione con una possibile forte ricaduta in termini di esperienza nell'elaborare e/o modificare i piani d'emergenza di cui vi è obbligo di legge.

La formazione ricevuta attraverso quest'ultimo corso ha dato agli infermieri italiani la possibilità di rafforzare e far proprie metodiche di management sanitario di elevato livello, grazie alla condivisione da parte di docenti israeliani costantemente impegnati nello sviluppo e nella ricerca per raggiungere un sempre maggiore livello di qualità nella risposta delle emergenze sanitarie.

La disponibilità dimostrata dai colleghi israeliani in tutti questi anni, ci stimola per il futuro a proseguire nella volontà di fornire ai professionisti italiani sempre più possibilità di formazione, al fine di poter arricchire la sanità italiana di esperti che possano partecipare al miglioramento del sistema di risposta alle emergenze.

E' con grande stima che ringraziamo quindi tutti i docenti e i rappresentanti delle istituzioni che hanno reso possibile lo svolgimento di questo progetto, augurandoci di poter proseguire nel futuro, rafforzando sempre più la collaborazione di questi anni di lavoro.

Osservazioni sulla proposta di piano socio sanitario regionale - anno 2010-2014

a cura della Coordinatrice Collegi IPASVI della Regione Lombardia Beatrice Mazzoleni

PREMESSA

Come già evidenziato dalla proposta di Piano Socio Sanitario Regionale i mutamenti intervenuti nella nostra Regione negli ultimi decenni, quali l'aumento della speranza di vita, il miglioramento delle condizioni di vita e di salute complessive ma anche l'invecchiamento della popolazione e l'espandersi di forme di disagio e fragilità sociale rendono indispensabile ripensare l'organizzazione socio sanitaria.

La complessità organizzativa del sistema socio sanitario evidenzia la necessità di ottimizzare e integrare processi e percorsi clinico assistenziali basati su modelli organizzativi avanzati e fondati sulla consapevole e concreta interazione delle diverse competenze professionali. L'offerta dei servizi sanitari territoriali e delle strutture ospedaliere è cambiata e richiede la capacità di definire progetti di cura e assistenza multi disciplinari. In quest'ottica il Coordinamento dei Collegi IPASVI infermieri della Regione Lombardia, intende offrire il proprio patrimonio di esperienza nella presa in carico degli assistiti per collaborare con gli Organismi Istituzionali alla definizione del piano Socio sanitario per "lo sviluppo del sistema sanitario, al fine di garantire il rispetto dei diritti degli assistiti, l'utilizzo equo e appropriato delle risorse" come previsto dal Codice deontologico degli infermieri in vigore dal 2009.

Per meglio chiarire il nostro punto di vista, gli aspetti d'interesse saranno suddivisi in diversi paragrafi.

Formazione

La formazione rappresenta un elemento cardine del sistema socio sanitario in cui si possono sviluppare le competenze relazionali, tecnico scientifiche e le capacità manageriali necessarie per il mantenimento e l'innovazione di un servizio fondamentale per il progresso socio economico dell'intera regione.

Riteniamo utile l'investimento nell'offerta formativa e pertanto si propone di apportare le seguenti modifiche al testo proposto:

- 1) P. 10: *"implementazione delle attività dell'Osservatorio delle Professioni sanitarie al fine di monitorare la formazione dell'infermiere, per definire e razionalizzare il fabbisogno del personale infermieristico, con la collaborazione del Coordinamento dei Collegi IPASVI".*
- 2) P. 10: *"definizione dei programmi di formazione del personale di supporto (OSS e ASA)"*
- 3) P. 12: *"Con l'attivazione della formazione infermieristica universitaria che prevede il Corso di Laurea e di Laurea magistrale, Master di I e II livello e il dottorato di ricerca si è dato avvio ad una preparazione culturale, tecnica e organizzativo gestionale che si è espressa operativamente a livello assistenziale, nella ricerca e nello sviluppo e gestione del personale. Tuttavia si rende necessario prevedere e delineare i possibili sviluppi di carriera di questi professionisti e la spendibilità degli specifici ruoli all'interno del sistema socio sanitario, delle strutture universitarie e di tutte le Amministrazioni pubbliche e private".*



Osservazioni sulla proposta di piano socio sanitario regionale - anno 2010-2014

Organizzazione

L'importanza della "rete delle unità di offerta sociali e socio-sanitarie, funzionali" al raggiungimento della finalità di promozione delle "condizioni di benessere e inclusione sociale della persona, della famiglia e della comunità e di prevenire, rimuovere o ridurre situazioni di disagio dovute a condizioni economiche, psico-fisiche o sociali" previste dalla legge regionale 12 marzo 2008 n. 3 richiede la sperimentazione di nuovi modelli organizzativi o il ripensamento degli attuali al fine di fornire servizi appropriati ed efficienti, che rispondano ai reali bisogni di tutti i cittadini.

Proponiamo pertanto le seguenti modifiche al testo del Piano:

- 1) P. 10: *"valorizzazione del ruolo degli infermieri sia all'interno delle strutture sanitarie garantendo la direzione infermieristica sia attraverso la sperimentazione di nuovi modelli organizzativi di gestione infermieristica nelle strutture sanitarie assistenziali per anziani o post acuzie sia attraverso l'investimento sull'infermiere di famiglia anche in collaborazione con le unità complesse di cure primarie"*,
- 2) P. 23: *"In un contesto di territorio modellato sulle reti di patologia i principali punti di raccordo saranno i medici di medicina generale (MMG) i pediatri di libera scelta, gli infermieri di famiglia, le ASL...."*.
- 3) P. 23: *"si provvederà ad attivare strutture di ricovero intermedie tra ospedale, low care hospital ed ospedalizzazione domiciliare con monitoraggio H24, anche a gestione infermieristica, in grado di accogliere i pazienti nella fase post ricovero per i trattamenti meno complessi"*
- 4) P. 30: *"Il MMG e l'infermiere di famiglia sono i professionisti in grado di svolgere la funzione di accompagnamento dei pazienti..."*

Ricerca

Considerata un fattore chiave nello sviluppo sociale, la ricerca riveste un ruolo determinante anche nel sistema sanitario lombardo, così come dimostrato dagli esiti positivi delle sperimentazioni ad esempio con la telemedicina.

Si propone pertanto di portare la seguente modifica alla p.10:

"implementazione del numero di ricercatori nel campo disciplinare delle scienze infermieristiche al fine di migliorare l'appropriatezza delle attività infermieristiche e di sperimentare modelli condivisi di controllo per l'efficacia delle prestazioni".

Conclusioni

È auspicabile un confronto continuo e stabile tra il Coordinamento dei collegi Lombardi e la Regione Lombardia al fine di valorizzare i professionisti coinvolti nel processo di cura e assistenza per garantire ai cittadini lombardi un'assistenza qualificata, efficace ed equa.

Si chiede pertanto di poter collaborare sia alla definizione dei criteri di accreditamento sia alle attività dell'Osservatorio delle professioni sanitarie, inteso come strumento di governo del sistema socio sanitario regionale.



Proposte di collaborazione dei Collegi IPASVI della Regione Lombardia

a cura della Coordinatrice Collegi IPASVI della Regione Lombardia Beatrice Mazzoleni

I profondi cambiamenti sia in ordine alla tipologia di cure, sia alle caratteristiche della popolazione assistita (aumentata aspettativa di vita, presenza di polipatologie cronicodegenerative, ecc.), implicano la necessità di un ripensamento rispetto all'organizzazione della rete sanitaria con particolare riferimento alla gestione del territorio in luogo dell'attuale centralità degli ospedali, come già evidenziato nel Piano Socio Sanitario Regionale.

Ripensare alla rete di erogazione dell'assistenza sanitaria implica però porre l'attenzione anche sulla sua principale risorsa: i professionisti che la compongono e sostengono; in tale contesto assume rilievo l'analisi relativa alla carenza di infermieri che affligge tutto il sistema sanitario nazionale e soprattutto il Nord Italia.

I dati OCSE indicano, nei Paesi Europei, una presenza media infermieristica pari a 8,9 infermieri per 1.000 abitanti; al fine di poter analizzare il fenomeno in Lombardia, i Collegi IPASVI della Regione, organizzati in Coordinamento, hanno provveduto a verificare la numerosità della popolazione infermieristica iscritta ai 10 Albi provinciali.

I risultati ottenuti dall'indagine indicano che complessivamente gli infermieri italiani e stranieri iscritti agli Albi della regione Lombardia, al 31 dicembre 2009, sono pari a 53.916 unità a cui si sommano 1.023 infermieri pediatrici: si evidenzia, pertanto, che i 9.742.676 cittadini residenti in Lombardia al 31 dicembre 2008 potevano

contare su una presenza di 5,6 infermieri ogni 1000 abitanti, dato ben al di sotto della media nazionale che si attese al 6,2/1000.

Ulteriore elemento di riflessione emerso dall'analisi condotta è costituito dalla distribuzione in fasce d'età degli infermieri lombardi: 5142 persone hanno più di 54 anni (pari al 9,54% degli iscritti agli Albi Professionali).

L'analisi tiene conto anche della mobilità nazionale e internazionale dei professionisti, soprattutto degli stranieri (circa 4.000 unità), che già da anni hanno dimostrato un continuo spostamento all'interno del territorio nazionale e una predisposizione, dopo pochi anni di servizio, al rientro nel proprio paese d'origine.

In una proiezione a cinque anni, secondo i dati ISTAT, dell'invecchiamento della popolazione, è facilmente deducibile l'aumento esponenziale dei fabbisogni assistenziali del cittadino.

Tale assistenza, secondo la programmazione del PSSR attualmente in valutazione, si dovrà espletare maggiormente sul territorio e presso il domicilio.

Da queste osservazioni della realtà attuale e tenendo conto degli obiettivi previsti dal PSSR, non è prevedibile, nel prossimo futuro, un'applicazione valida dello stesso, a causa della carenza del personale infermieristico nel sistema Sanitario, che ha una ricaduta diretta sulla qualità dell'assistenza e delle cure erogate ai cittadini, come dimostrato da recenti



Proposte di collaborazione dei Collegi IPASVI della Regione Lombardia

studi internazionali.

Al fine di estendere il modello organizzativo delle strutture ospedaliere per intensità di cure, diventa necessaria anche una valutazione della complessità assistenziale del paziente, che presuppone la valorizzazione della professione infermieristica, quale responsabile del processo assistenziale e quindi fulcro della riorganizzazione ipotizzata.

La prevista revisione dei criteri di accreditamento deve necessariamente considerare il ruolo del personale sanitario all'interno dell'organizzazione: per quanto riguarda il personale infermieristico sarebbe auspicabile il riferimento ai parametri OCSE.

All'interno della rete di servizi territoriali, le cure primarie ricopriranno un ruolo sempre maggiore in conseguenza della riorganizzazione della rete ospedaliera e l'inserimento dell'**infermiere di famiglia**, diventa necessario per la continuità assistenziale e la concertazione del piano di assistenza tra le varie figure professionali componenti dell'equipe, come espresso e promosso dall'OMS-Europa nella dichiarazione di Monaco 2000 e nel documento europeo Salute per tutti *Health 21*.

La situazione fin qui descritta, va attentamente analizzata e governata, al fine di poter garantire un sistema sanitario efficace e sicuro come previsto dalla Costituzione e come richiesto dal cittadino, che esprime un bisogno di assistenza infermieristica e cure competenti.

Attraverso questa metodica sarà possibile collaborare attivamente nell'obiettivo di tutelare il cittadino, fornendogli assistenza di qualità tramite l'implementazione dell'efficacia delle prestazioni attraverso anche l'economicità del sistema.

Da quanto fin qui descritto, emerge l'utilità e la necessità di una fattiva collaborazione tra Ordine Professionale, quale Ente pubblico deputato al controllo dei professionisti e alla tutela

della salute del cittadino attraverso l'erogazione di un livello assistenziale qualitativamente elevato e sicuro, e Regione Lombardia, quale ente di pianificazione, organizzazione e tutela del sistema sanitario regionale, come già espresso durante l'incontro presso l'Università Statale di Milano dello scorso 7 aprile.

I Collegi propongono azioni comuni che siano indirizzate ad affrontare le criticità dell'attuale situazione ed in risposta alle necessità presenti da tempo e che si presenteranno sul territorio lombardo nel prossimo futuro.

Una prima azione da intraprendere è la **campagna di sensibilizzazione** congiunta, rivolta ai giovani delle scuole superiori, per promuovere la figura dell'infermiere e per stimolare l'iscrizione ai Corsi di laurea in Infermieristica. Ulteriore incentivo alla professione, deriverebbe da un utilizzo più specifico delle **Risorse Aggiuntive Regionali**, quale stimolo economico nei confronti degli infermieri, quali protagonisti coinvolti nelle criticità quotidiane di carenza nelle realtà assistenziali.

Il Coordinamento si propone inoltre per una collaborazione diretta nelle attività dell'Osservatorio sulle professioni sino all'istituzione del Servizio Infermieristico Regionale.

Confermando la disponibilità anche per la partecipazione ai GAT per i quali sono state sollecitate le adesioni dei rappresentanti dei Collegi, restiamo in attesa di comunicazioni in merito alle azioni proposte al fine di garantire la migliore assistenza infermieristica ai cittadini lombardi.

Inoltre, in previsione dell'emanazione del nuovo Piano Socio Sanitario Regionale, approvato dalla Giunta Regionale e prossimamente in valutazione presso la Commissione III, richiediamo di contribuire attivamente alla definizione dei punti fin qui descritti inerenti la professione infermieristica partecipando alle audizioni che verranno programmate.

Decreto Farmacie: immotivate limitazioni all'attività degli infermieri i Collegi IPASVI della Lombardia chiedono che venga assicurato un servizio che risponda alle esigenze del cittadino

27/09/2010

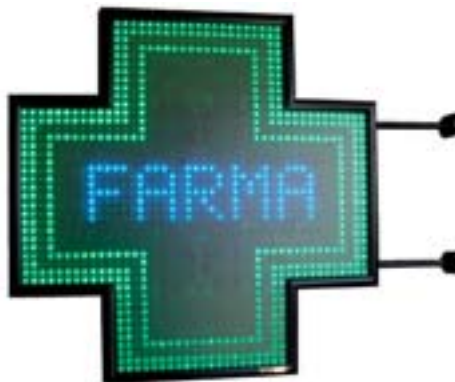
Mazzoleni: «Un ingiustificato ritorno al passato»

Muttillo: «Lo schema di decreto va rivisto»

I Collegi Ipasvi della Lombardia si dichiarano pronti, oggi più che mai, a intervenire uniti per la tutela dell'immagine e del riconoscimento professionale degli infermieri, con particolare riferimento al Decreto del Ministero della Salute concernente l'erogazione da parte delle farmacie di specifiche prestazioni professionali, ai sensi dell'art. 1, comma 2, lettera a), punto 4, del Decreto Legislativo 3 ottobre 2009, n. 153. Il primo aspetto critico è chiarissimo: il Decreto svilisce la professione infermieristica in più punti.

«Dal testo – illustra la presidente del "Coordinamento Ordini Infermieri della Lombardia" Beatrice Mazzoleni – si evince il ritorno alla subordinazione dell'infermiere nei confronti del medico, in quanto ad esempio si prevede la necessità della prescrizione medica perché l'infermiere applichi correttamente le prescrizioni diagnostico-terapeutiche. Per questo e per altri elementi controversi, riteniamo che il Decreto faccia fare alla professione infermieristica un balzo all'indietro che non trova giustificazione».

Dello stesso parere il presidente del Collegio Ipasvi delle province di Milano e Lodi Giovanni



Muttillo, che sottolinea come «l'attuazione di nuovi servizi nelle farmacie nasce dal progetto politico che risale ad alcuni anni or sono e che si propone di concretizzare l'obiettivo di trasformare le stesse in veri e propri presidi sanitari sul territorio, non limitati al solo ambito commerciale di approvvigionamento e distribuzione dei farmaci e prodotti sanitari.

Purtroppo il Decreto che sta per essere varato, riduce l'assistenza infermieristica a quattro attività: supporto alle determinazioni analitiche di prima istanza, effettuazione di medicazioni e di cicli iniettivi intramuscolo, attività concernenti l'educazione sanitaria e la partecipazione a programmi di consulting, e iniziative finalizzate a favorire l'aderenza dei malati alle terapie. Inutile sottolineare come tale visione sia limitativa rispetto alle competenze della professione. Verrebbe da chiedersi come spiegare ai colleghi questo salto all'indietro, dopo anni di conquiste legislative e formazione su autonomia, responsabilità, deontologia e ruolo professionale. Parole che, alla luce di quanto sotto i nostri occhi, non vorremmo diventassero vuote.

Il Decreto poteva rappresentare un'opportunità per ridistribuire alcune tipologie di servizi sanitari sul territorio, per il miglioramento dell'assistenza infermieristica e sanitaria all'emergente bisogno di cure primarie, in particolare quelle dedicate alla cronicità e alle fragilità, invece si è rivelato un'occasione mancata». Si rendono quindi opportuni interventi mirati, che devono vedere la collaborazione dei Collegi, del Coordinamento Regionale dei Collegi, della Federazione Nazionale Ipasvi e della

Conferenza Stato Regioni affinché si dia una nuova lettura dei contenuti del Decreto.

«Sono necessarie – continua Muttillo – la definizione, come già avviene in altri Paesi europei, di una reale autonomia professionale infermieristica, quindi la definizione, in ambito regionale, di ruoli e competenze, e infine l'organizzazione dei servizi in relazione ai diversi ambiti d'intervento: aziende sanitarie, medici di famiglia, aziende di farmacia, associazioni infermieristiche, ciascuno per le competenze e funzioni previste e spettanti a garanzia dell'appropriatezza e della sicurezza delle prestazioni.

Auspichiamo inoltre che, per il riconoscimento delle nuove prestazioni territoriali nell'ambito del Servizio Sanitario e per una ridefinizione rigorosa delle relazioni tra competenze, autonomie e responsabilità per la professione infermieristica, venga introdotta anche una specifica convenzione, come previsto ad esempio già per i medici di famiglia».

In questo percorso volto alla tutela della professione e della salute dei cittadini verranno coinvolte figure diverse ossia, come spiega Mazzoleni: «I professionisti infermieri, per mantenere alto il livello di informazione e accrescere la consapevolezza professionale; i cittadini, per sensibilizzare verso un concetto di professione infermieristica consona agli effettivi bisogni; le istituzioni e i politici, per condividere obiettivi e percorsi; e gli altri professionisti della sanità per ricercare alleanze utili a rafforzare le posizioni mantenendo evidente lo specifico professionale».

Anche nel caso del "Decreto Farmacie" gli infermieri rispondono, come di consueto, con il loro stile: uniti, coesi e propositivi, perché in gioco ci sono gli interessi della professione e, soprattutto dell'intero processo assistenziale al cui centro è posizionato l'interesse primario delle persone.



Comunicato Stampa

La ridefinizione e l'evoluzione delle competenze degli infermieri risponde ai bisogni dei cittadini e del sistema sanitario: la posizione dell'Ipasvi

Roma, 23 novembre 2010

Prot. P-5426/III.10

Il 20 novembre 2010 si è tenuto a Bologna il Consiglio della Federazione Nazionale dei Collegi Infermieri (FNC IPASVI) convocato in assemblea straordinaria per analizzare l'impatto dell'esposto presentato dall'Ordine dei medici di Bologna alle procure di Bologna e Firenze e definire la conseguente risposta della professione infermieristica.

L'esposto contesta in particolare il modello organizzativo "See & Treat" approvato dalle regioni Toscana ed Emilia-Romagna per migliorare l'efficacia dei servizi di Pronto Soccorso e ridurre i tempi di attesa dei cittadini.

La contestazione retriva di una parte del mondo medico sorprende soprattutto perché il progetto sotteso al modello organizzativo "See & Treat" - ad oggi in corso di sperimentazione - non contiene sostanziali elementi di novità rispetto a ciò che gli infermieri italiani fanno già dagli anni Novanta: ne formalizza unicamente le funzioni e le responsabilità sulla base di specifici protocolli condivisi tra medici e infermieri, oltre a definire i correlati e puntuali percorsi formativi.

Dopo ampio ed approfondito dibattito e all'unanimità, il Consiglio della Federazione nazionale Collegi Infermieri:



Comunicato Stampa

- **esprime** sostegno e solidarietà ai professionisti infermieri che operano nelle strutture sede di sperimentazione, apprezzandone l'alto livello di competenze, responsabilità e dedizione;
- **ribadisce** che gli obiettivi principali degli infermieri sono la qualità e la personalizzazione dei servizi sanitari rivolti alla persona, che costituiscono il focus dell'agire infermieristico;
- **sottolinea** che le attività in fase di sperimentazione sono svolte nel pieno rispetto delle leggi nazionali e degli orientamenti regionali ed aziendali;
- **rifugge** da strumentali provocazioni foriere di conflitti inter professionali, che danneggiano l'attenta e responsabile risposta ai bisogni di salute dei cittadini;
- **si impegna** a mantenere un alto livello di collaborazione con i medici con cui da sempre gli infermieri condividono l'impegno assistenziale e curativo;
- **esprime** la volontà a proseguire in un confronto aperto e costruttivo che punti alla condivisione di valori, obiettivi e percorsi operativi.

Il Comitato centrale e il Consiglio della Federazione nazionale dei Collegi Infermieri, per continuare a presidiare l'evoluzione della vicenda sul piano professionale, politico e giudiziario nell'interesse dell'intero Sistema sanitario e dei cittadini, si riuniranno nuovamente in Assemblea straordinaria nei giorni 17 e 18 dicembre 2010.



MRSA: se lo (ri)conosci lo eviti?

A cura di Marco Ghidini, Eleonora Cozzi

L'organizzazione sanitaria si deve confrontare quotidianamente con problematiche via via sempre più pressanti: il cambiamento dei tipi di patologia, i progressi e le innovazioni nel campo biomedico, i pesanti carichi derivanti dalla gestione dei processi, l'incremento dei costi, le attese.

In questo contesto mutevole e aperto all'innovazione, teso al continuo miglioramento della qualità, il problema del carico infettivo assume un significato sempre più rilevante. Il rischio per i pazienti di contrarre una complicanza infettiva durante la degenza è influenzato oltre che dalle pratiche e dai comportamenti assistenziali, anche dalle condizioni strutturali ed organizzative.

Il Center of Disease di Atlanta (CDC) definiscono un'infezione ospedaliera, un'infezione contratta dai pazienti ricoverati in ambiente ospedaliero, che non era manifesta né in incubazione al momento del ricovero, ma che compare durante o dopo il ricovero e da questo è determinata; si considerano infezioni comunitarie tutte quelle infezioni contratte prima dell'ospedalizzazione, presenti all'ammissione o che si manifestino successivamente, compatibilmente con il tempo di incubazione. In letteratura (1-2), le infezioni ospedaliere colpiscono il 5/10 per cento della popolazione ricoverata in ospedale, aumentando notevolmente mortalità e morbilità.

Efficaci programmi di sorveglianza e controllo consentono di prevenire il 30-40% delle infezioni in relazione al tipo di soggetto colpito e alla localizzazione dell'infezione (3).

Nello specifico lo stafilococco Aureus è uno dei batteri più resistenti non sporigeni (4) in quanto è caratterizzato da:

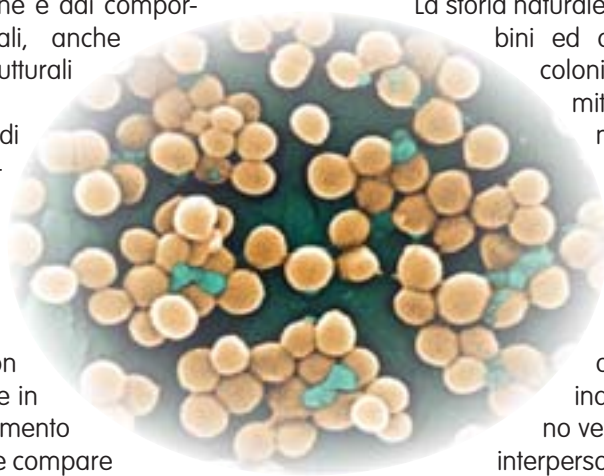
- sopravvivenza in ambienti ostili (per esempio salati o caldi);
- resiste ai più potenti antimicrobici;
- colpisce i pazienti ospedalizzati come pazienti immunosoppressi, diabetici o sottoposti a chirurgia d'elezione o in urgenza.

Lo staphilococco meticillino resistente è stato descritto nel 1961 dopo l'introduzione della meticillina, la prima epidemia è riportata nei primi anni sessanta (5-6).

La storia naturale vede neonati, bambini ed adulti che vengono colonizzati in modo intermittente soprattutto nel nasofaringe, sulla cute e più raramente a livello rettale e vaginale. Da questi siti, lo Staphilococco Aureus, può contaminare oggetti animati ed inanimati che diventano veicolo di trasmissione interpersonale da contatto o aerea.

La mucosa e la cute integre offrono un'ottima protezione contro l'invasione da SA, una loro interruzione facilita l'invasione e la formazione di infezioni locali. La liberazione di tossine a livello cutaneo e sistemico può causare diverse manifestazioni cliniche, dal rash alla sindrome da shock. Dalla cute lo S.A. può, attraverso il sistema linfatico ed ematico, migrare in altre sedi rendendosi responsabile di batteriemie o infezioni metastatiche. I fattori che predispongono ad un'infezione sistemica e/o una colonizzazione da MRSA sono, in particolare:

- l'utilizzo di antibiotici;



MRSA: *se lo (ri)conosci lo eviti?*

- prolungata ospedalizzazione;
- ferite chirurgiche;
- ricovero in terapia intensiva;
- emodialisi (7);
- colonizzazione da MRSA (8,9);
- vicinanza con pazienti colonizzati da MRSA (10);

Dalle premesse precedenti è possibile intuire il motivo per cui l'operatore sanitario debba porre attenzione alla rilevazione di questo microrganismo attuando un programma di sorveglianza attiva. In particolare modo è corretto rischiare che un soggetto infetto, non identificato e non trattato, sviluppi una sepsi da MRSA e in secondo luogo diventi bacino di infezioni per gli altri degenti?

Spostando l'attenzione sulla prevalenza dell'MRSA in Europa, possiamo notare come la distribuzione dei casi sia variabile (fig.1). Occorre precisare che le strategie di ricerca sono differenti, vi sono Stati in cui i pazienti vengono screenati all'ingresso in ospedale e quindi si ritiene che l'identificazione dei pazienti portatori di MRSA sia importante (prescindendo dal trattamento o meno) ed altri in cui l'attenzione verso l'MRSA è meno alta.

Fig. 1 Prevalenza MRSA in Europa



Diverso è anche il comportamento che i sanitari attuano dopo il riscontro di MRSA ed è curioso osservare che in uno stesso Stato (per esempio in Italia) l'approccio cambia non da regione a regione, bensì addirittura da un ospedale all'altro. Molti di voi si chiederanno il motivo...è incoraggiante sapere che un motivo c'è, ma è meno incoraggiante sapere che l'evidenza letteraria ad oggi disponibile non dà un'indicazione precisa sul comportamento corretto da attuare.

Sul fatto che l'MRSA incida sull'insorgenza di infezioni, batteriemie, polmoniti, aumento delle giornate di degenza e conseguente aumento di costi non ci sono dubbi (11). Il gap, tra i vari approcci dopo l'identificazione del germe, gira attorno alla decolonizzazione dei pazienti infetti ed all'isolamento. Non è stato dimostrato che la decolonizzazione (eseguita per 5 giorni con: spugnature con clorexidina e applicazione di mupirocina a livello nasale per 3 volte die) sia il vero punto cardine della diminuzione delle infezioni da MRSA rispetto all'isolamento che viene effettuato a tutti i malati riscontrati positivi all'MRSA.

L'isolamento del paziente in camera singola o in una camera di pazienti con MRSA presenta due vantaggi (12):

- la barriera fisica tra i pazienti con MRSA e quelli senza contiene la diffusione
- il messaggio psicologico fornito da questa barriera fisica agli operatori sanitari (13,14,15).

La durata dell'isolamento e delle relative precauzioni da contatto per un malato risultato colonizzato o infetto da MRSA rimane un tema irrisolto. Alcune linee guida concordano che tali misure possono essere sospese se tre controlli eseguiti dopo la bonifica risultano negativi, altre sottolineano che un soggetto colonizzato, anche se opportunamente trattato, deve essere considerato tale per tutta la dura-

MRSA: se lo (ri)conosci lo eviti?

ta della degenza (16).

La sorveglianza attiva implica l'esecuzione di due semplici tamponi (nasale ed inguinale) all'ingresso del malato e ripetuti con cadenza settimanale.

La scelta delle sedi di prelievo è data dal fatto che le narici sono il sito più frequente di colonizzazione (78%), seguito dal perineo (30-40%), (essendo poco accessibile si utilizza in alternativa l'inguine anche se è meno sensibile), mani (40%), ascelle (15-25%). La combinazione di più tamponi ne aumenta la sensibilità: naso e gola 85%, naso e perineo 93%. I pa-

zienti sottoposti ad antibiotico terapia spesso presentano una colonizzazione del tratto gastroenterico; le ulcere, le ferite e le secrezioni diventano facilmente siti di colonizzazione.

In conclusione, ritengo che sia utile una riflessione su questo tipo di problematica.

Siamo sicuri che il carico assistenziale infermieristico comportato dall'effettuazione di due tamponi sia maggiore del carico che comporta l'assistenza ad un malato colonizzato da MRSA o, nella peggiore delle ipotesi, ad una contaminazione di più pazienti nella stessa degenza?

BIBLIOGRAFIA

1. Colombo AL. Surveillance programs for detection and characterization of emergent pathogens and antimicrobial resistance: result from the Division of Infectious Disease. UNIFESP. An. Acad. Bras. Cienc 2009 sep; 81(3):571-87.
2. Miller M. Staphylococcus aureus in the community: colonization versus infection. PloS One. 2009 Aug 20;4(8).
3. Vos MC. Years of experience implementing a methicillin-resistant Staphylococcus aureus search and destroy policy at the largest university medical center in the Netherlands. Infect Control Hosp Epidemiol 2009 oct; 30(10):977-84.
4. Benner, EJ, Kayser, FH. Growing clinical significance of methicillin-resistant Staphylococcus aureus. Lancet 1968; 2:741.
5. Ellis-Grosse. The efficacy and safety of tigecycline in the treatment of skin and skin-structure infection: results of 2 double-blind phase 3 comparison study with vancomycin-aztreonam. Clin Infect Dis 2005; 41
6. Barber. Methicillin-resistant Staphylococci. J Clin Pathol 1961; 14:385.
7. Reed. Costs and outcome among hemodialysis-dependent patients with methicillin-resistant or methicillin-susceptible staphylococcus aureus bacteriemia. Infect Control Hosp Epidemiol 2005; 26:175
8. Campbell. Risk factors for community-associated methicillin resistant S aureus infections in an outbreak of disease among military trainees in San Diego, California in 2002. J Clin Microbiol 2004; 42:4050.
9. Aiello, AE, Lowy, FD, Wright, LN, Larson, EL. Methicillin-resistant Staphylococcus aureus among US prisoners and military personnel: review and recommendations for future studies. Lancet Infect Dis 2006; 6:335.
10. Smith, MA, Mathewson, JJ, Ulert, IA, et al. Contaminated stethoscopes revisited. Arch Intern Med 1996; 156:82.
11. Cosgrove. The impact of methicillin resistance in staphylococcus aureus bacteriemia on patient outcomes: mortality, length of stay, and hospital charges. Infec Contol Hosp Epidemiol 2005; 26:166.
12. Voyich, JM, Otto, M, Mathema, B, et al. Is Panton-Valentine leukocidin the major virulence determinant in community-associated methicillin-resistant Staphylococcus aureus disease?. J Infect Dis 2006; 194:1761.
13. Kirkland, KB, Weinstein, JM. Adverse effects of contact isolation. Lancet 1999; 354:1177.
14. Stelfox, HT, Bates, DW, Redelmeier, DA. Safety of patients isolated for infection control. JAMA 2003; 290:1899.
15. Evans, HL, Shaffer, MM, Hughes, MG, et al. Contact isolation in surgical patients: a barrier to care?. Surgery 2003; 134:180.
16. Stelfox, HT, Bates, DW, Redelmeier, DA. Safety of patients isolated for infection control. JAMA 2003; 290:1899.

ALTRA BIBLIOGRAFIA

- Miller LG, Diep BA, Clinical practice: colonization, fomites, and virulence: rethinking the pathogenesis of community-associated methicillin-resistant Staphylococcus aureus infection, Clin Infect Dis 2008;46:752.
- Climo M, Daily bathing with chlorhexidine reduces the incidence of MRSA, VRE, and HABS: results of a multicenter trial. 17th annula scientific meeting of the Society for Healthcare Epidemiology of America, April 14-17; 2007; Baltimore, MD, Abstract, 2007.

La presa in carico in un Servizio Psichiatrico Territoriale: l'esperienza del Centro Psicosociale di Cuggiono

Per gentile concessione della Federazione Nazionale dei Collegi I.P.A.S.V.I, del Collegio di Milano-Lodi e del Collegio di Pavia che hanno pubblicato rispettivamente il presente articolo su "L'infermiere" n°9/2005, "lo Infermiere" n° 2/2005 e "Infermiere a Pavia" n° 1/2009.

Infermiera Maria Grazia Castoldi e Infermiera Sandra Tomanin - Azienda Ospedaliera Legnano - Unità Operativa di Psichiatria Legnano - Centro Psicosociale di Cuggiono(MI).

Promuovere la salute mentale del paziente e della sua famiglia per l'infermiere significa sviluppare delle strategie efficaci per rispondere alle esigenze immediate o potenziali del paziente.

Per raggiungere tali obiettivi, anche in ambito psichiatrico, l'infermiere si avvale del processo del nursing: accertamento, diagnosi, programmazione, attuazione, valutazione.

La fase dell'*accertamento* psichiatrico è un processo scientifico d'identificazione dei problemi psicosociali, dei punti di forza e delle apprensioni del paziente. Comprende: il colloquio psichiatrico, la valutazione dello stato mentale, l'esame obiettivo e le verifiche diagnostiche.

Il Centro Psicosociale di Cuggiono utilizza questo primo passo del processo del Nursing per la presa in carico da parte del servizio dei nuovi utenti. Prende il nome di "Prima Visita" e si prefigge:

- 1) un'accoglienza immediata del paziente, che viene ricevuto ed ascoltato in tutti i giorni di apertura del Servizio senza prenotazione.
- 2) Triage (valutazione dell'urgenza). Chi si rivolge per la prima volta ad un servizio di salute mentale territoriale è frequentemente spinto da un disagio che avverte come molto intenso e come tale da accogliere subito (urgenza soggettiva) anche se l'obiettività clinica (urgenza oggettiva) potrebbe consentire una risposta in tempi ragionevoli ma non immediati.

3) Informazione all'utente. L'operatore presenta il Servizio ed informa l'utente rispetto le procedure burocratiche (ticket, esenzioni ecc.).

Il *colloquio psichiatrico* infermieristico, in "Prima Visita", fornisce informazioni sulle anomalie comportamentali, sull'anamnesi sociale ed emotiva e sullo stato mentale del paziente.

L'utente viene accolto in un ambiente che rispetti la sua privacy, invitato ad accomodarsi, rassicurato sulla riservatezza e sulle modalità di svolgimento del colloquio. Se lo desidera potrà essere supportato da una persona di fiducia. Si preoccuperà, l'infermiere, di rispettare i tempi del paziente, ascoltandolo in modo obiettivo e rispondendo in modo empatico.

Affinché il colloquio possa raccogliere obiettivamente ed in modo completo i dati soggettivi ed oggettivi è auspicabile che sia guidato da alcuni accorgimenti:

- 1) si stabiliscono degli obiettivi chiari – il colloquio dura circa mezz'ora, deve raccogliere il più possibile tutte le informazioni, non deve disperdersi in una conversazione affinalistica
- 2) saranno da evitare giudizi personali, anche se richiesti, e formulazioni d'ipotesi
- 3) si osserveranno segni d'ansia e di disagio suscitati dagli argomenti trattati (comunicazione non verbale)
- 4) l'infermiere dovrà controllare reazioni personali e valutarle (meccanismo di transfert)

Nel Centro Psicosociale di Cuggiono l'infermiere si avvale di tre strumenti durante il colloquio.

La presa in carico in un Servizio Psichiatrico Territoriale: l'esperienza del Centro Psicosociale di Cuggiono

- 1) CARTELLA ANAMNESTICA - nella quale vengono raccolti i dati anagrafici generali, parziale anamnesi familiare, personale (scolarità, attività lavorativa, stato civile, composizione del nucleo familiare), alcuni dati di rilevanza sociale (sistemazione abitativa, pensione).
 - 2) INTERVISTA DI PRIMA VISITA - composta da una serie di domande aperte sulla storia recente e passata che ha condotto l'utente al Servizio nonché le sue aspettative.
 - 3) Face - (TRIAGE ASSESSMENT, P.Clifford) - scala di valutazione finalizzata all'impostazione degli interventi ed alla definizione dei livelli d'assistenza occorrenti.
- In questo articolo vogliamo prendere in esame l'INTERVISTA DI PRIMA VISITA che a nostro modo di vedere ci guida validamente in un colloquio sistematico all'accettazione del paziente.

Tab. 1

SCHEMA DI PRIMA VISITA

- Com'è avvenuto l'invio al nostro Servizio?
- Qual è il motivo della richiesta? Perché viene formulata ora?
- Come si presenta il disagio mentale? Com'è la sintomatologia attuale? Quando è iniziata? Vi sono terapie farmacologiche in corso?
- Com'è il rapporto con la famiglia e/o gli altri in generale?
- In passato ci sono stati altri episodi di disagio psichico?
- Ci sono stati tentativi di cura precedenti?
- Con quali aspettative il paziente è giunto al nostro Servizio?

Come si vede nella Tab. 1 essa è composta da quesiti essenziali, concisi e come tali volti a contenere e precisare il colloquio. Esaminiamo ora punto per punto i quesiti dello schema.

Come è avvenuto l'invio al nostro Servizio?

Ha lo scopo di interpretare la domanda d'aiuto. Si valuta chi richiede l'intervento per capire se il disagio psicologico e quindi la richiesta è stata espressa dal paziente stesso, dai familiari, dal medico curante che segnala il caso, da persone o strutture esterne. In questo senso la presenza del paziente è importante perché indica la sua disponibilità a farsi curare. A volte la segnalazione può arrivare all'insaputa del paziente (familiari, autorità pubbliche, vi-

cini) in questo caso le difficoltà sono maggiori perché investono la sfera della privacy.

Qual è il motivo della richiesta? Perché viene formulata ora?

Serve all'infermiere per identificare e stabilire il problema principale del paziente e ciò che di fatto l'ha indotto a chiedere aiuto ora. Spesso i pazienti non identificano un problema prevalente o possono sostenere di non averlo imputando la richiesta a terzi.

Come si presenta il disagio mentale? Com'è la sintomatologia attuale? Quando è iniziata? Vi sono terapie farmacologiche in corso?

L'infermiere rileva la sintomatologia attuale, la sua gravità, le modalità d'insorgenza: frequenza, modo e tempo. Registra le eventuali terapie

La presa in carico in un Servizio Psichiatrico Territoriale: l'esperienza del Centro Psicosociale di Cuggiono

in corso, il ritmo sonno-veglia, l'alimentazione, l'abuso di alcool, fumo, droga e farmaci.

Com'è il rapporto con la famiglia e gli altri in generale?

In questa fase l'infermiere raccoglie l'anamnesi psicosociale e familiare: dovrà portare informazioni sui rapporti interpersonali, lo stile di vita, strategie di adattamento; potranno emergere informazioni sulla scuola, sul lavoro, pratiche religiose, hobbies, attività sessuale.

Si valuterà anche il modo in cui il paziente ha affrontato eventuali cambiamenti della sua vita (eventi stressanti): morti, divorzi, licenziamenti, promozioni, nascite, cambi di domicilio ecc.

Per quanto riguarda l'anamnesi familiare verranno analizzate le abitudini familiari e le relazioni emotive recenti e passate. Si raccoglieranno informazioni sulla salute fisica ed emotiva dei membri della famiglia (storie di abuso di sostanze, di alcolismo, violenza, malattie come diabete, ecc.).

In passato ci sono stati altri episodi di disagio psichico?

Questa domanda riguarda l'anamnesi psicologica e psichiatrica, se si siano verificati altri episodi di disagio psicologico pregresso e come sono stati superati.

Questo ci potrà permettere di valutare eventuali punti di forza e capacità di trovare sostegno emotivo.

Ci sono stati tentativi di cura precedenti?

Qui verranno messe in evidenza le strategie che il paziente ha messo in atto per cercare di contrastare la sintomatologia attuale.

Con quale aspettativa il paziente è giunto al nostro servizio?

Valutare quali sono le aspettative che sotten-

dono la richiesta di intervento aiuta nell'elaborazione di un progetto personalizzato.

ANALISI DELLO STATO MENTALE

Questo genere di analisi permette di accertare il livello di coscienza del paziente, l'aspetto generale, il comportamento, il linguaggio, l'umore e lo stato d'animo, le capacità intellettuali, di giudizio, di introspezione, di percezione e il tipo di pensieri.

Durante la prima visita l'infermiere dovrà valutare il livello di **coscienza**: coerenza e contenuto del linguaggio verbale qualità e grado dei movimenti (postura, andatura), contatto dello sguardo.

L'aspetto: colorito, condizioni della cute, odore, peso. Questi dati permettono all'infermiere di valutare la cura di sé del paziente e il suo grado di consapevolezza. Alterazioni in questo campo possono essere sintomatiche di patologie emotive ma anche somatiche.

Comportamento. Bisognerà osservare come il paziente si pone nella relazione con l'operatore. Collabora rispondendo alle domande? In che modo lo fa: difensivo, troppo aperto, ostile, imbarazzato; qual è il linguaggio del corpo? Teso, rigido, irrequieto, rilassato, comodo. Il linguaggio è sintono e coerente?

Comportamenti bizzarri possono indicare presenza di allucinazioni, idee deliranti, disturbi ossessivi.

Linguaggio. Il contenuto e la coerenza del linguaggio possono rivelare anomalie del pensiero, un modo di parlare logorroico stati d'ansia o maniacalità, un modo troppo lento o un tono e volume troppo bassi con risposte monosillabiche un umore depresso o una degenerazione organica.

Umore e stato d'animo. L'infermiere dovrà chiedere al paziente come si sente e valutarne la mimica.

Prestazioni intellettuali. Riguardano la capa-

La presa in carico in un Servizio Psichiatrico Territoriale: l'esperienza del Centro Psicosociale di Cuggiono

cià del paziente di astrarre, formulare giudizi ed ipotesi, strategie di coping. L'infermiere valuterà durante il colloquio il livello d'attenzione, di comprensione, formulazione dei concetti, nonché le sue conoscenze generali.

Il giudizio. Riguarda l'abilità del paziente di scegliere e giudicare le soluzioni ai problemi.

L'introspezione. Valuta la capacità del paziente di autoanalisi realistica (molto utile nel determinare un eventuale indirizzo psicoterapeutico)

La percezione. La prima visita dà un quadro all'operatore su come il paziente interpreta la realtà (nelle psicosi è nettamente distorta).

La valutazione dello stato mentale sommata al colloquio di prima visita permettono all'infermiere di valutare deviazioni o mutamenti dei consueti modelli comportamentali. I segni e sintomi chiave comprendono alterazioni dell'appetito, del livello energetico, della motivazione, dell'igiene, della propria immagine, dell'autostima, del sonno, dell'impulso sessuale e delle capacità.

Comportamenti auto ed etero distruttivi andranno tenuti in debita considerazione ed incideranno sulla formulazione di un piano di

gestione del rischio.

Abbiamo notato che la Prima Visita oltre a raggiungere gli obiettivi che si era prefissata (accoglienza, triage, informazione) porta un effetto di sollievo che si può definire "terapeutico": il paziente durante il colloquio ha modo di "sfogarsi" e placare lo stato d'ansia. Il confronto con la visita successiva mette in evidenza, spesso, una riduzione dell'urgenza soggettiva.

Al nostro Servizio la Prima Visita ha portato una migliore gestione delle risorse, infatti, l'Intervista Infermieristica viene sempre discussa in équipe permettendo un miglior indirizzo agli specialisti (psichiatri e psicologi) in tempi appropriati.

Non di minor conto è la gratificazione infermieristica che ne deriva. Il poter applicare quotidianamente, su un numero maggiore di pazienti, la fase di accertamento psichiatrico ci ha permesso di esprimere e rendere visibile la nostra professionalità.

Una carenza dell'Intervista di Prima Visita, in alcuni casi, si è riscontrata nel gestire l'impatto emotivo suscitato dalle problematiche del paziente (ad. es. il paziente che minaccia il suicidio), di qui la necessità di individuare uno strumento in grado di "depurare" il primo contatto e di obbiettivare in modo più preciso i bisogni del paziente.

Si è così ritenuto opportuno migliorare la qualità di questo delicato momento clinico, dando ad esso un assetto meno approssimativo e più strutturato con l'utilizzo della Face Triage Assessment di Clifford.

Bibliografia

- Mario Betti e Mario Di Fioriono, *Psichiatria e igiene mentale ruolo e funzioni dell'infermiere*, Mc Graw-Hill. Milano 1997
- Face Core Assessment (P. Clifford)- Versione italiana a cura del Dottor Spinogatti- Unità Operativa Psichiatria Azienda Ospedaliera Cremona.



Occhio... ai monitor!

A cura di Simona Plebani

Quest'anno, per quanto riguarda la nostra professione, è un anno particolarmente significativo. Ricorre infatti il centenario della nascita di Florence Nightingale (12.05.1820-13.08.1910) considerata la fondatrice del nursing moderno e per questa ragione, il 2010 è stato dichiarato l'anno dell'Infermiere. Nello spirito di quanto detto, il Collegio di Bergamo, ha deciso di aderire ad una campagna promozionale innovativa, promossa dall'ATB di Bergamo. A partire da ottobre infatti, e per un periodo di circa un anno, all'interno di 10 autobus di linea ATB muniti di appositi schermi televisivi, verranno proiettate immagini inerenti la nostra professione. In questo modo tutti gli utenti che utilizzeranno i mezzi pubblici, avranno la possibilità di vedere alcune slide della durata complessiva di 15 secondi, inerenti la professione infermieristica.

In un contesto di mancanza di visibilità del nostro ruolo infermieristico nei confronti del cittadino, una proposta di questo tipo ci è sembrata l'occasione ideale per renderci concretamente "visibili" agli occhi degli utenti, sottolineando attraverso delle immagini per noi significative, il costante impegno che gli infermieri mettono, nel tutelare i bisogni di salute del singolo e della collettività.

Tra le diversi immagini presenti nel panorama infermieristico, ne abbiamo scelte 3, che per noi, meglio riassumono il costante impegno che tutti gli infermieri mettono nello svolgere la loro professione. Una professione che come ben sappiamo, spesso incontra molte difficoltà, ma che nonostante tutto lotta per affermare continuamente il suo ruolo primario come diretta responsabile dell'assistenza infermieristica.

Nello specifico le immagini rappresentano:

1. Il manifesto uscito su un quotidiano regionale, relativo alla giornata internazionale dell'infermiere (12.05.2010) promosso dal



coordinamento regionale dei Collegi lombardi;

2. L'immagine relativa alla campagna per le iscrizioni ai corsi di Laurea in Infermieristica, per sensibilizzare le nuove generazioni, sottolineando le opportunità che la nostra professione offre;

LAUREA IN INFERMIERISTICA

Se vuoi una professione che ti renda protagonista nella vita... allora diventa anche tu
INFERMIERE

Ordine Infermieri
Collegio di Bergamo

Occhio...
ai monitor!

AFFRANCA LA VITA !



GLI INFERMIERI AL
FIANCO DELLE
DONNE CHE
LOTTANO CONTRO IL
TUMORE AL SENO

Ordine Infermieri
Collegio di Bergamo



3. La campagna promozionale promossa dalla Federazione nazionale IPASVI circa l'emissione di un francobollo dedicato alla professione infermieristica, che con uno speciale sovrapprezzo di 30 centesimi di euro, devolve il ricavato a progetti presenti su tutto il territorio nazionale per la lotta contro i tumori del seno.

Come portavoce dei rappresentanti del Consiglio Direttivo del Collegio di Bergamo, siamo certi che tale iniziativa, unica nel suo genere, sia un'opportunità per promuovere e incentivare la professione infermieristica. Siamo infatti fermamente convinti che nonostante tutte le difficoltà che incontra nell'operare quotidiano, la nostra professione, abbia ancora molto da dare e da investire, poiché opera non dimenticando mai che il suo fine ultimo, rimane sempre e comunque "il bene dell'assistito".

PRIMO ANNUNCIO:

Programmazione eventi formativi
primo semestre 2011

23 febbraio: "L'infermiere e l'assistenza di fine vita nelle diverse fasce d'età: dal bambino all'anziano"

17 marzo: "Le infezioni ospedaliere: l'effetto collaterale indesiderato più frequente nella pratica assistenziale. Le nuove strategie di sorveglianza e prevenzione"

13 aprile: "10 cappelli per pensare: un modo efficace per prendere decisioni nel proprio contesto di lavoro"

12 maggio: "Le nuove modalità organizzative dell'assistenza dal modello per intensità di cure al see and treat: ruolo e responsabilità dell'infermiere"

8 giugno: "Gestione assistenziale e relazionale del paziente cronico"

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, oppure passare direttamente in ufficio per pagamento in contanti/assegno.

Ogni informazione relativa alle metodiche di iscrizione può essere reperita sul sito del Collegio

www.ipasvibergamo.it o www.focusg.it

**Segreteria Organizzativa
FOCUS GROUP**

**via A. da Rosciate, 1
24124 Bergamo**

**Orari apertura:
dal lunedì al venerdì
con orario 9-13 e 14-18**

...In attesa della nuova sede...

Continuano incessanti i lavori di ristrutturazione di questo bel fabbricato d'epoca, nel quale sorgerà la nuova sede del Collegio IPASVI di Bergamo. Ecco alcune foto di come si presenterà l'immobile una volta ultimati i lavori edili e aspettiamo insieme a voi, la sua completa e definitiva realizzazione.

BERGAMO - RESIDENZA *La Gargana*



Le emozioni del passato

La qualità del futuro

