

# ScriptaManent

Notiziario a cura del Collegio IPASVI Bergamo



IPASVI

## All'interno

- La presenza della famiglia durante la rianimazione cardiopolmonare: quali effetti sui familiari?
- Gestire insieme la cronicità
- Infermieri e mass media



SEGUICI SULLA NUOVA PAGINA

 **IPASVI BERGAMO**

num  
ero **70**

## QUADRIMESTRALE 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 Rivista:**

Marco Ghidini

**La Redazione:**

Mazzoleni Beatrice, Solitro Gianluca,  
Belometti Dolores, Plebani Simona,  
Bonetti Letizia, Cosmai Simone,  
Facoetti Michele, Ghidini Marco,  
Gibellini Sonia Maria Teresa,  
Gritti Maria Valentina,  
Jamoletti Simone, Pellegrini Ramona,  
Poli Silvia, Stuani Nadia,  
Zaninoni Cinzia, Mainardi Mariachiara,  
Colleoni Maria

**Responsabile sito internet:**

Gian Luigi Bena

**Progetto grafico:**

Gierre srl - Via A. Corti, 51 - Bergamo  
Tel. 035.4243057

**Stampa:**

Novecento Grafico srl  
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.

Per fornire alla commissione redazione articoli, spunti di miglioramento o segnalare criticità scrivere all'indirizzo: [customerscriptamanent@ipasvibergamo.it](mailto:customerscriptamanent@ipasvibergamo.it)

**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.



ISO 9001

**L'infermiere figura chiave  
nella gestione della cronicità**  
*a cura di Ramona Pellegrini*

3

**La presenza della famiglia durante  
la rianimazione cardiopolmonare:  
quali effetti sui familiari?**  
*a cura di Alberto Gibellato*

5

**Progetto Professionalità 2016/2017:**  
al via la XVIII edizione del bando  
che offre opportunità di crescita  
professionale ai giovani lombardi  
*a cura della Redazione*

8

**Riferimenti tariffari:**  
in vigore il decreto anti-contenziosi  
*a cura della Redazione*

9

**Gestire insieme la cronicità**  
Primo convegno FnomCeO-Ipasvi  
tratto da [www.ipasvi.it](http://www.ipasvi.it)

11

**"Epatite C siamo"**  
Il Report di Cittadinanzattiva  
tratto da [www.ipasvi.it](http://www.ipasvi.it)

14

**Infermieri:  
dalle parole ai fatti**  
*a cura della presidente FNC Barbara Mangiacavalli*

16

**Progetto scuole  
"Lavaggio mani"**  
*a cura di Marina Lanzi*

19

**Un contratto che parla di professionalità**  
*a cura di Barbara Mangiacavalli*

20

**Infermieri e mass media**  
Lettera Ipasvi a Lorenzin e Bonaccini  
tratta da [www.ipasvi.it](http://www.ipasvi.it)

22

**Il collega chiede...  
il Collegio risponde!**  
*a cura della Commissione Redazione*

25

**Evento formativo  
"BLSD-Basic Life Support and  
Defibrillation"**

31

# Sommario



# L'infermiere figura chiave nella gestione della cronicità

a cura di Ramona Pellegrini, Consigliera IPASVI Bergamo



# Editoriale

**i**l piano nazionale della cronicità approvato con l'accordo nella Conferenza Stato-Regioni del settembre scorso risponde alle necessità del sistema socio-sanitario nazionale di promozione della continuità assistenziale e di ricollocazione al centro del sistema-salute dei bisogni di salute globali delle persone assistite.

La proposta è caratterizzata da integrazione tra servizi di ospedale e territorio, modelli flessibili di presa in carico ed approcci multiprofessionali di continuità delle cure, centrati sulla persona assistita, lungo tutto il continuum salute-malattia.

L'obiettivo è il raggiungimento di un'omogenea organizzazione dei servizi sul territorio nazionale, monitorati attraverso risultati misurabili e confrontabili, che responsabilizzino ciascun attore e ne evidenzino il contributo nel percorso di cura.

Risposte concrete sono dunque delineate negli indirizzi del piano che dettano condizioni di integrazione tra medici ed infermieri che dovranno confrontarsi con paradigmi di continuità assistenziale attraverso la definizione di ambiti e competenze specifiche per la tutela dei pazienti cronici.

Il disegno prevede, attraverso la declinazione del Chronic Care Mo-

del quale modello che suggerisce un approccio proattivo e di iniziativa anziché di attesa, che i professionisti sanitari contribuiscano al controllo della malattia cronica di base e potenzino le capacità del paziente di autogestire la propria condizione di salute e di malattia.

Il Piano sottolinea come l'ospedale sia uno snodo di alta specializzazione del sistema di cure per la cronicità che interagisca con la specialistica ambulatoriale e con l'assistenza primaria, attraverso nuove formule organizzative che prevedano la creazione di reti multispecialistiche dedicate e dimissioni assistite nel territorio.

Nuovi ruoli e nuove sfide per gli infermieri che nelle parole del documento vengono riconosciuti come attori principali dei percorsi di cura, sia in ambito ospedaliero, che in ambito territoriale. La collaborazione tra la professione infermieristica e quella medica prosegue nell'ospedale nelle vesti di *team infermieristico dedicato* e *tutor medico*, erogando un'assistenza integrata attraverso assetti organizzativi basati sui concetti di complessità assistenziale e intensità di cura e promuovendo percorsi di continuità assistenziale attraverso l'integrazione con la rete territoriale.

Nel territorio, il percorso del paziente proseguirà grazie alla disponibilità di strutture dedicate all'erogazione dell'assistenza, quali ospedali di

comunità, ambulatori a gestione infermieristica, strutture residenziali, centri diurni e di servizi che avvicinano le cure al domicilio, quali le cure domiciliari. L'infermiere contribuirà in un approccio patient-oriented alla promozione della salute e alla prevenzione, all'identificazione precoce delle patologie e alla presa in carico delle persone assistite con patologie croniche e dei loro caregiver.

Strumenti trasversali fondamentali per il realizzarsi di questo impianto innovativo, che verranno caratterizzati dall'apporto di tutti i professionisti coinvolti nell'assistenza al paziente ed evidenzieranno il contributo e le responsabilità di ciascuno, saranno i percorsi assistenziali personalizzati sulle esigenze delle persone assistite e differenziati in relazione alla complessità. Il macro-processo di gestione della persona con malattia cronica vede interfacciarsi numerose figure, che apporteranno soluzioni efficaci per la gestione di ciascuna fase. L'infermiere assume il ruolo-chiave di manager dell'assistenza, attraverso modelli organizzativi flessibili, dinamici e personalizzati (care manager/case manager), proseguendo nel cammino al fianco

della persona assistita e dei caregiver, con la professionalità e le competenze che lo contraddistinguono, nella presa in carico della persona assistita e nella collaborazione con gli altri professionisti sanitari e sociali. ■





# La presenza della famiglia durante la rianimazione cardiopolmonare: quali effetti sui familiari?

a cura di Alberto Gibellato, Humanitas Gavazzeni (Bergamo)



## 1. Introduzione

Con l'evoluzione delle cure mediche, l'assistenza sanitaria ha iniziato ad attribuire alla famiglia un ruolo sempre più prioritario, anche durante le fasi di rianimazione di un congiunto, a cui ha iniziato a partecipare nella veste di "osservatore".

Il primo caso in cui è stata concessa alla famiglia la possibilità di essere presente durante le manovre di rianimazione risale al 1982, quando a due genitori è stato permesso di assistere alle manovre di rianimazione del proprio figlio, senza alcun risvolto negativo post-traumatico (Cologna et al, 2007).

Nel 1995 la Emergency Nurses Association (ENA) adotta una risoluzione a sostegno della FP durante la rianimazione, seguita

da un Position Statement (2010) in cui sostiene che le organizzazioni sanitarie dovrebbero offrirla come opzione di scelta ai familiari.

Contestualmente è cresciuto l'interesse dei sanitari circa gli effetti della presenza dei familiari durante la RCP, con la convinzione che possa diventare uno strumento con cui aiutare i familiari a superare il lutto (Falade & Pinsky, 2014).

## 2. Metodi

È stata effettuata una ricerca bibliografica (Maggio e Giugno 2015) che ha previsto l'interrogazione delle banche dati TRIPDatabase, The Cochrane Library, Medline, Cinahl, Joanna Briggs Institute e PsycINFO per il reperimento di letteratura secon-

daria (linee guida, revisioni sistematiche e narrative della letteratura, sinossi) e primaria (studi originali).

### 3. Risultati

In alcuni studi (Cologna et al., 2007, McGahey-Oakland et al., 2009, Danci & Benetton, 2010, Shaw K. Et al., 2011) è stato dimostrato come la possibilità di vedere le manovre di rianimazione del proprio congiunto favorisca il superamento del lutto complicato.

Dalla ricerca di Cologna et al. (2007) è emerso che la maggior parte dei genitori è favorevole alla presenza della famiglia (FP) durante la RCP e negli ultimi momenti di vita del bambino, con beneficio psicofisico per se stessi, riduzione dell'ansia e facilitazione ad elaborare il lutto (Mian et al. 2007).

Nello studio retrospettivo condotto da McGahey-Oakland et al. (2009), è emerso che i familiari ritengono un diritto la possibilità di assistere a RCP, in modo tale da creare un legame d'addio con il paziente e comprendere che è stato fatto il possibile. Danci & Benetton (2010), sottolineano, (come già fecero Fulbrook in un Position Statement), quanto sia importante affiancare ai familiari, qualora lo richiedano, un professionista sanitario qualificato che se ne prenda cura, non solo nel momento della rianimazione cardiopolmonare, ma anche prima e dopo questo evento così critico.

La revisione della letteratura di Shaw et al. (2011) indaga come è vissuto il lutto dai genitori che assistono ai tentativi di rianimazione del proprio figlio. Lo studio ha preso in considerazione un campione di 1253 genitori, l'87,1% dei quali dichiarava di voler assistere alla rianimazione; in ben 4 studi inclusi nella revisione (Tinsley et al., 2008; Dill & Gance-Cleveland, 2005; Bole et al., 1999; Mangurten et al., 2007), è risultato che il 100% dei genitori ha dichiarato che è importante dare la possibilità di essere presenti durante le manovre di

rianimazione, mentre non tutti hanno affermato che la FP sia sempre opportuna.

Nonostante vi siano molte ricerche a favore della FP, sia in ambito intra che extraospedaliero, sono pochi gli studi che si sono interessati all'impatto che il fallimento delle manovre di RCP può avere sui familiari che assistono in ambito extraospedaliero. In uno studio osservazionale di coorte prospettico, che aveva l'obiettivo di confrontare i sintomi Post Traumatic Stress Disorder (PTSD) correlati tra chi aveva deciso di partecipare e chi aveva scelto di non farlo, Compton et al. (2013) hanno dimostrato che la presenza di PTSD è 2 volte maggiore in chi ha assistito, rispetto a chi non era presente.

Jabre et al. (2013), in uno studio prospettico che ha preso in esame 570 parenti con pazienti a cui è stata praticata RCP, hanno cercato di comprendere se la presenza della famiglia può favorire nei componenti di quest'ultima l'aumento di PTSD, ansia e depressione dopo 90 giorni dall'evento. Lo studio ha dimostrato una presenza di sintomi PTSD-correlati significativamente maggiore nel gruppo di controllo, nel quale non veniva sistematicamente chiesto se i familiari avessero voluto assistere, rispetto a quello di intervento, nel quale vi sono familiari a cui è sempre stato chiesto se avessero voluto presenziare, e tra i familiari che non hanno testimoniato alla CPR rispetto a chi non era presente.

Gli stessi autori hanno condotto l'anno successivo (2014) uno studio prospettico per valutare se, a distanza di un anno, i familiari esaminati nello studio precedente potessero presentare ansia e depressione, lutto complicato e sintomi PTSD-correlati. I risultati hanno evidenziato un'elevata insorgenza di episodi depressivi, lutto complicato maggiore nel gruppo controllo e nei familiari a cui non è stato chiesto di essere presenti.

Nel 2013 Leske et al. hanno condotto uno studio qualitativo con l'obiettivo di esplorare le esperienze di 28 parenti che hanno



assistito, e si è osservato quanto sia importante valorizzare i familiari, attribuendo loro il ruolo di fornire informazioni allo staff riguardo l'accaduto.

#### 4. Discussione

Offrire ad un parente la possibilità di assistere alla rianimazione di un proprio caro può diminuire lo stress e l'ansia che derivano dall'attesa in un'altra stanza (e, quindi, dal non poter vedere cosa sta accadendo), agevolare il superamento del lutto e aiutare a comprendere che è stato fatto tutto il possibile dall'équipe e che ogni professionista sanitario ha svolto il proprio lavoro. Dai lavori emerge la necessità di affidare i parenti ad un professionista con capacità di tipo relazionale, una figura non dedicata all'assistenza del paziente, che si occupi delle esigenze dei familiari, con l'obiettivo di sostenere psicologicamente e informare. Gli studi che valutano la presenza dei familiari durante la RCP di un paziente pediatrico-neonatale hanno evidenziato che le famiglie desiderano che venga loro proposta la possibilità di essere presenti e che, nella maggior parte dei casi, la risposta è affermativa. È importante sottolineare però che la RCP in ambito pediatrico è un evento che si verifica meno frequentemente rispetto a quello adulto ed è emerso che i professionisti sanitari e sociali, che devono supportare i genitori di un bambino, sono

a volte meno preparati e formati rispetto a quelli che gestiscono RCP in ambito adulto. Non tutti gli studi hanno prodotto risultati positivi riguardo la FP durante la RCP; in particolare lo studio di Compton et al. (2013) ha dimostrato che, in ambito extra-ospedaliero, il numero di familiari che presentavano sintomi da PTSD dopo aver assistito a RCP, era maggiore rispetto a chi aveva scelto di non assistere. In ambito intraospedaliero, invece, i risultati incoraggiano i sanitari a non negare ad un parente l'opportunità di assistere alle manovre di RCP.

#### 5. Conclusioni

La possibilità di vedere la RCP di un parente è stata descritta dai familiari stessi come un diritto innegabile. Per aiutare i familiari a comprendere è necessario affidare i parenti ad un professionista con capacità di tipo relazionale; tuttavia i medici e i sanitari sono spesso pregiudiziosi riguardo ai benefici di questa opportunità. È comunque essenziale approfondire la ricerca in questo ambito per capire quale sia il professionista più adeguato ad affiancare i parenti e promuovere la stesura e la condivisione di politiche professionali, organizzative e percorsi formativi, con l'obiettivo di fornire indicazioni uniformi riguardo l'importanza di non negare ad un parente l'opportunità di assistere alla rianimazione di un familiare. ■

#### Bibliografia

Bole et al., 1999; Cologna et al., 2007; Compton et al., 2011; Compton et al. 2013; Danci & Benetton, 2010; Dill & Gance-Cleveland, 2005; Falade & Pinsky, 2014; Fulbrook et al., 2007; Jabre et al. 2013; Jabre et al. 2014; Leske et al., 2013; Mangurten et al., 2007; McGahey-Oakland et al., 2009; Mian et al. 2007; Shaw K. Et al., 2011; Tinsley et al., 2008

# Progetto Professionalità 2016/2017:

al via la XVIII edizione del bando che offre opportunità di crescita professionale ai giovani lombardi

a cura della Redazione

**l**a XVIII edizione del bando **Progetto Professionalità "Ivano Becchi"** è pronta a partire. Dal 15 giugno, infatti, sono aperte le iscrizioni all'iniziativa annuale promossa dalla **Fondazione Banca del Monte di Lombardia** a favore della crescita professionale dei giovani lombardi. In palio, come sempre, c'è la straordinaria opportunità di svolgere percorsi di formazione professionale su misura, totalmente finanziati e gratuiti, in qualunque settore lavorativo, volti ad acquisire nuove conoscenze e competenze altamente qualificanti.

Fino al 15 novembre 2016 sarà possibile inserire la domanda di partecipazione online, direttamente sul sito della Fondazione (<http://www.fbml.it/presentazione-progetto-IT.aspx>). È necessario possedere i seguenti requisiti: un'età compresa tra i 18 e i 36 anni (all'atto della domanda), risiedere o lavorare in Lombardia, avere un'esperienza occupazionale o di ricerca, anche pregressa, comprese forme di contratto atipiche, collaborazioni, tirocini formativi, stage curriculari effettuati durante il percorso universitario. Ciascun candidato presenterà una proposta di percorso pratico-lavorativo, da lui stesso elaborata, da sviluppare presso imprese, associazioni, istituti universitari o di ricerca, scuole e pubbliche amministrazioni, centri di eccellenza, in Italia - al di fuori del territorio lombardo - e in altri Paesi, per una durata massima di 6 mesi. Spetterà al Comitato di Gestione l'impegnativo compito di se-



lezionare i 25 progetti ritenuti più concreti, interessanti e innovativi che verranno interamente finanziati a fondo perduto. Ad ogni vincitore sarà affiancato un tutor che lo assisterà per tutta la durata della sua esperienza.

Per essere premiati è fondamentale mettere in gioco la volontà di accrescere la propria preparazione, dimostrando ferrea motivazione e lungimiranza. **Progetto Professionalità**, infatti, rappresenta un'eccezionale occasione per realizzare il proprio sogno professionale e migliorare il proprio futuro.

Ad oggi sono 342 i percorsi finanziati, negli ambiti di specializzazione più diversi, in ben 62 Paesi sparsi per il mondo. La **Fondazione Banca del Monte di Lombardia**, dal 1999, rinnova la sua fiducia ai giovani di talento, consapevole che supportare le loro carriere significa anche sostenere l'economia locale.

*È possibile leggere e scaricare la versione integrale del bando 2016/2017 nell'apposita sezione - Progetto Professionalità - del sito [www.fbml.it](http://www.fbml.it).*

*Seguici su Facebook, Twitter e LinkedIn: [www.facebook.com/ProgettoProfessionalita](http://www.facebook.com/ProgettoProfessionalita) / @ProgProfession / Progetto Professionalità - Fondazione Banca del Monte di Lombardia ■*

**Per informazioni rivolgersi a:**  
Progetto Professionalità - Fondazione  
Banca del Monte di Lombardia  
Tel. 0382.305811 - [www.fbml.it](http://www.fbml.it)  
E-mail: [professionalita@fbml.it](mailto:professionalita@fbml.it)



# Riferimenti tariffari: in vigore il decreto anti-contenziosi

a cura della Redazione



*In vigore il decreto sui valori minimi di cui l'organo giurisdizionale deve tener conto nel caso di contenziosi, dal momento che, in assenza di tariffari, il compenso per le prestazioni professionali è pattuito al momento del conferimento dell'incarico dopo l'abolizione dei tariffari.*

**ar** rivano con il decreto 16 luglio 2016 n. 165, pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 201 del 29 agosto e in vigore dal 30 agosto, i nuovi livelli di riferimento per i compensi delle professioni sanitarie regolamentate nel sistema ordinistico dopo l'abrogazione dei tariffari stabilita dal decreto legge 1 del 2012, il decreto Competitività, secondo il quale entro 120 giorni dalla pubblicazione della legge di conversione (24 marzo 2012) nel caso di «liquidazione da parte di un organo giurisdizionale, il compenso del professionista andava

determinato con riferimento a parametri stabiliti con decreto del ministro vigilante».

Il regolamento, composto da 7 articoli e un allegato, di 60 pagine, con il dettaglio delle prestazioni per le diverse professioni considerate, indica i «valori medi di liquidazione» aumentabili secondo percentuali predefinite. La griglia di riferimento è stabilita nell'allegato al decreto sul «Regolamento recante la determinazione dei parametri per la liquidazione da parte di un organo giurisdizionale dei compensi per le pro-

fessioni regolamentate, ai sensi dell'articolo 9 del decreto-legge 24 gennaio 2012, n. 1, convertito, con modificazioni, dalla legge 24 marzo 2012, n. 27. Medici veterinari, farmacisti, psicologi, infermieri, ostetriche e tecnici sanitari di radiologia medica» (non sono presenti i medici, perché per loro il parere di congruità è richiesto all'ordine di competenza).

Si tratta in sostanza di valori minimi di cui l'organo giurisdizionale deve tener conto nel caso di contenziosi, dal momento che, in assenza di tariffari, il compenso per le prestazioni professionali è pattuito al momento del conferimento dell'incarico. Il regolamento detta quindi le disposizioni per la determinazione, nel caso di liquidazione da parte dell'organo giurisdizionale, dei compensi da corrispondere alle categorie professionali dei medici veterinari, farmacisti, psicologi, infermieri, ostetriche e tecnici sanitari di radiologia medica e non comporta modifiche alle competenze attribuite dalle normative vigenti a tali figure. Nel caso di incarico collegiale il compenso è unico, ma l'organo giurisdizionale può aumentarlo fino al doppio. Quando l'incarico professionale è conferito a una società tra professionisti, si applica il compenso spettante a uno solo di essi anche se la stessa prestazione è eseguita da più soci.

Tra i parametri considerati: costo del lavoro, costo della tecnologia sanitaria, consumi, costi generali e il margine atteso che remunera rischio imprenditoriale e complessità del caso.

Per gli infermieri, in particolare, il riferimento è a 190 prestazioni, distinte in base a 8 diverse funzioni: dalla funzione respiratoria a quella dell'alimentazione. Il decreto detta i parametri generali tra cui, all'articolo 2:

- Per le prestazioni non espressamente individuate nelle tabelle, di cui all'allegato 1, il compenso è determinato in via analogica, sulla base dei parametri specifici indicati nell'articolo 3 e con le maggiorazioni previste nell'articolo 4.
- Nei compensi non sono comprese le spese da rimborsare secondo qualsiasi modalità, inclusa quella concordata in modo forfettario. Non sono altresì compresi oneri e contributi dovuti a qualsiasi titolo. I costi degli ausiliari incaricati dal professionista sono considerati tra le spese dello stesso. Il provvedimento di liquidazione indica in modo distinto l'ammontare del compenso dovuto al professionista, delle spese, degli oneri e dei contributi, nonché il totale omnicomprensivo di tali voci.
- I compensi liquidati comprendono l'intero corrispettivo per la prestazione professionale, incluse le attività accessorie alla stessa.
- Nel caso di incarico collegiale il compenso è unico, ma l'organo giurisdizionale può aumentarlo fino al doppio.
- Quando l'incarico professionale è conferito a una società tra professionisti, si applica il compenso spettante a uno solo di essi anche se la stessa prestazione è eseguita da più soci.
- Per gli incarichi non conclusi, o costituenti prosecuzione di precedenti incarichi, si tiene conto dell'opera effettivamente svolta.

All'art. 3 sono indicati i parametri specifici, come il costo del lavoro, il costo della tecnologia sanitaria, consumi, costi generali e il margine atteso. ■

Per i dettagli consultare:  
Decreto 19 luglio 2016 n 165

# Gestire insieme la cronicità

Primo convegno FnomCeO-Ipasvi

tratto da [www.ipasvi.it](http://www.ipasvi.it)



*Convegno al Ministero della Salute, in cui medici, infermieri e anche farmacisti hanno fatto il punto sulle modalità migliori per mettere in pratica il Piano Nazionale Cronicità, la cui approvazione definitiva è in programma alla prossima Stato-Regioni.*

**I**ntegrazione tra professioni e tra queste e i pazienti è nei Codici deontologici: per i medici è presente nell'articolo 66 (rapporto con altre professioni sanitarie) e al 20 (relazione di cura); per gli infermieri è agli articoli 7, 14, 19, 21, 22, 23, 27 che trattano di tutela della salute e dell'autonomia dei pazienti, di interazione e integrazione interprofessionale, come modalità fondamentali per far fronte ai bisogni dell'assistito, stili di vita, coinvolgimento dei pazienti nell'assistenza, informazione integrata multiprofessionale, continuità assistenziale. Hanno aperto così le presidenti di Fnomceo e Ipasvi, Roberta Cherseva-

ni e Barbara Mangiacavalli, il convegno organizzato dalle due Federazioni "Gestire insieme la cronicità", in cui medici, infermieri e farmacisti hanno fatto il punto sulle modalità migliori per mettere in pratica il Piano Nazionale Cronicità, la cui approvazione definitiva è in programma alla prossima Stato-Regioni. Un convegno organizzato congiuntamente, proprio per manifestare lo spirito di collaborazione tra le professioni, nell'interesse del paziente. Trasversalità, appropriatezza, sinergia, integrazione sono le parole-chiave emerse dal convegno.

"Si tratta del primo convegno organizza-

to insieme da Fnomceo e Ipasvi - afferma il Presidente della Fnomceo, Roberta Chersevani -. E abbiamo voluto dedicarlo a un tema, quello della cronicità, che sicuramente ci vede vicini per consentire un adeguato percorso clinico-assistenziale al paziente. Nasce da una lunga attività di collaborazione all'interno del Gruppo di Lavoro "rapporti tra professione medica e altre professioni sanitarie" che esiste in seno alla FNOMCeO". "Un piano di gestione della cronicità - aggiunge il Presidente dell'Ipasvi, Barbara Mangiacavalli -, non può non considerare, oltre all'appropriatezza clinica, anche l'appropriatezza organizzativa, che serve a dare al paziente la migliore assistenza sanitaria in condizioni ottimali, anche rispetto all'utilizzo delle risorse economiche e professionali".

La cronicità è un problema emergente di sanità pubblica in tutti i sistemi sanitari avanzati, per il progressivo invecchiamento della popolazione e il conseguente aumento delle patologie croniche.

Sono quasi 158, in Italia, gli "over 65" per ogni 100 giovani. La regione più "vecchia" è la Liguria, con un indice di vecchiaia di 242,7%, la più giovane è la Campania, con una sostanziale parità (I.V. 113,4%) tra anziani e giovani.

In un contesto del genere, la gestione della cronicità non può che essere fatta a tutti i livelli (clinico, assistenziale, sociale), configurandosi come un percorso di qualità della vita a tutto tondo, che non può prescindere dal coinvolgimento del paziente, oltre che dalla collaborazione tra tutte le professioni.

Ed ecco le regole: saranno cinque le fasi del Piano Nazionale Cronicità, partendo dalla stratificazione e targeting della popolazione di riferimento, sino ad arrivare alla valutazione dei risultati, passando attraverso la prevenzione, la presa in carico del paziente e l'erogazione di inter-

venti personalizzati.

"Il nostro Piano segna una svolta importante nell'approccio alla malattia: la persona diviene il centro del sistema di cure - ha commentato Renato Botti, direttore della DG Programmazione sanitaria del Ministero della Salute -. È necessario quindi riprogettare i modelli assistenziali, centrandoli sui bisogni "globali" del paziente e non solo su quelli clinici. In definitiva, bisogna trasformare un orientamento culturale, che già esiste, in regole di sistema".

«Circa un milione a Regione per il supporto concreto agli ambiti progettuali, più le risorse per l'investimento massiccio sulle tecnologie necessarie, che auspichiamo potranno portare l'intero ammontare - parlo di cifre ancora approssimative - sui 50-60 milioni di euro», ha affermato.

«Quella che ci attende è soprattutto una sfida di sistema - ha aggiunto Botti -: i finanziamenti saranno certo importanti per sostenere singole funzioni, ma molte delle attività sono isorisorse. La vera scommessa è l'organizzazione o la riorganizzazione del lavoro e alcuni degli spunti contenuti nel Piano forniscono anche strumenti per facilitare la presa in carico. Penso a una maggiore flessibilità, da favorire anche mettendo a disposizione risorse per chi si voglia cimentare in nuove attività: gli ambulatori dei Mmg, ad esempio, potrebbero diventare siti di erogazione di primo livello. Il Piano Cronicità, insomma, contiene gli spunti per assegnare le risorse in modo coerente e per definire modalità organizzative e contrattuali stimolanti per tutti».

Secondo Rossana Ugenti, direttore generale delle Professioni del Ministero: "solo con interazione e integrazione tra professioni si affrontano i problemi di salute e, soprattutto, la cronicità". Secondo Ugenti, la risposta all'ammalato

cronico è soprattutto sul territorio e a domicilio e in questo senso la formazione dei professionisti va rivista, perché sul territorio e a domicilio uno strumento essenziale sono le tecnologie, a cui spesso non sono adeguati. E medici e infermieri sono le due categorie professionali chiamate in prima linea ad attuare il Piano Nazionale che punta su sfide molteplici: l'integrazione dell'assistenza offerta dalle diverse professionalità, percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali (Pdta) certi, un'armonica integrazione sociosanitaria, la domiciliarità, la telemedicina e la messa in rete di sistemi informativi che ancora oggi non sono dialoganti, la formazione degli operatori e la valorizzazione (empowerment) del paziente. "È il momento di lavorare insieme - ha detto ancora - e in sinergia., integrandosi, con un unico riferimento al centro: il paziente. E un cambio di rotta dalla cura al prendersi cura di lui. E per far questo - ha concluso - è fondamentale una riprogrammazione dei fabbisogni, secondo le reali necessità basate sui numeri e su criteri reali e oggettivi, senza seguire logiche o interessi di parte".

Le esperienze (in allegato) in questo senso ci sono e quelle illustrate al convegno sono relative ai Creg (Chronic Related Group) lombardi, al Chronic Care model

in Toscana, all'infermiere di comunità come elemento strategico di welfare comunitario.

Accanto a medici e infermieri per assistere i pazienti sul territorio ci sono anche i farmacisti. I tre cardini su cui si muove la loro professione, ha spiegato il presidente Fofi Andrea Mandelli, sono la farmacia dei servizi, il fascicolo sanitario elettronico farmaceutico, l'aderenza alle terapie anche per rendere sostenibile il Ssn, con una razionalizzazione che, secondo Mandelli, si basa sul non sprecare quello che è prescritto. "Le figure professionali - ha concluso il presidente Fofi - sono di riferimento, perché sanno come aprire la strada del cambiamento, mantenendo dritta la barra verso l'etica".

Anche per Gioacchino Nicolosi, vicepresidente di Federfarma, obiettivo primario del Piano sarà quello di mettere al centro della rete sanitaria il paziente. «Il ruolo della farmacia - ha precisato - sta cambiando per essere sempre più vicina al cittadino. Ma questa rivoluzione deve avvenire in collaborazione con i medici di base, gli specialisti e gli infermieri. Solo così possiamo trovare il giusto equilibrio fra la medicina d'iniziativa e la farmacia dei servizi, riducendo così gli sprechi generati da uno scarso monitoraggio delle terapie». ■

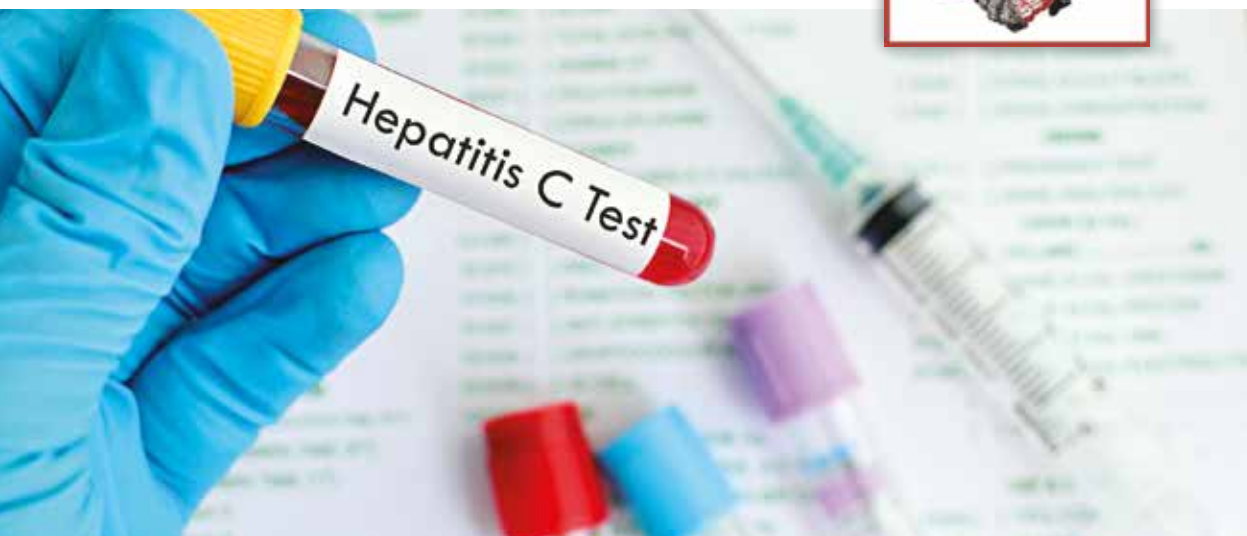




# "Epatite C siamo"

## Il Report di Cittadinanzattiva

tratto da [www.ipasvi.it](http://www.ipasvi.it)



08/09/2016 - *Epatite C, le nuove terapie non sono per tutti: i risultati del Rapporto nazionale "Epatite, C siamo!", presentato da Cittadinanzattiva - Tribunale per i diritti del malato*

**ep**atite C, le nuove terapie non sono per tutti: informazione insufficiente, criteri AIFA di accesso non chiari, liste d'attesa lunghe. Burocrazia e diseguaglianze fanno del diritto alla cura una chimera per i più.

Questi i principali risultati del Rapporto nazionale "Epatite, C siamo!", presentato da Cittadinanzattiva - Tribunale per i diritti del malato, nell'ambito del programma nazionale svolto con il sostegno non condizionato di Abbvie. Un cittadino su due, affetto da Epatite C, lamenta una scarsa informazione sulle nuove terapie; più di uno su quattro

viene escluso dalle delibere regionali e dai criteri Aifa e si trova a fare i conti con valutazioni che sono più di carattere economico che clinico. Nemmeno chi accede alle terapie ha un percorso facile: il tempo di attesa per ricevere i farmaci arriva anche a sei mesi.

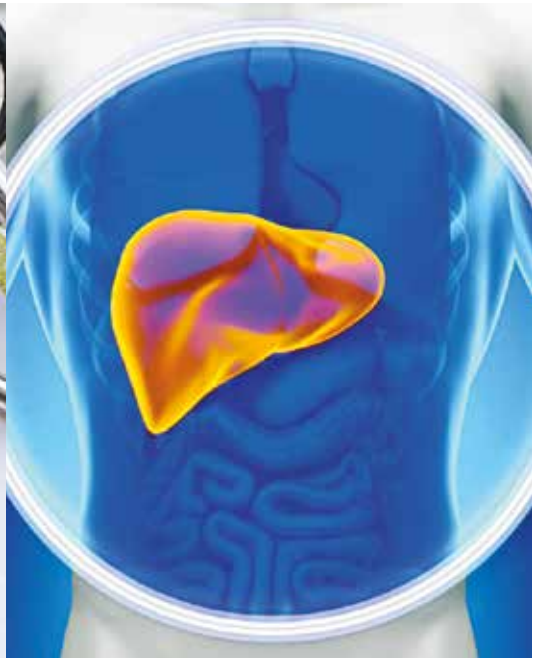
Inoltre, nella maggior parte delle Regioni, non risulta esserci chiarezza sul numero effettivo di persone da trattare, di quelle che hanno co-infezioni HIV e HCV-correlate e sui trattamenti erogati in carcere. Ancora, rimangono disomogenee l'accesso ai nuovi farmaci e le decisioni per chi si cura al di fuori

della regione di residenza.

Per Tonino Aceti, coordinatore nazionale del Tribunale per i diritti del malato e responsabile del Coordinamento delle Associazioni dei Malati Cronici di Cittadinanzattiva *“la realtà che le persone affette da epatite C stanno vivendo non è certo quella di un servizio sanitario nazionale universale ed equo. Infatti, il diritto a guarire è per pochi, quelli che sono ammalati abbastanza e che riescono a superare lo scoglio delle liste d’attesa anche di sei mesi; gli altri devono aspettare di peggiorare, o, se possono permetterselo, andare all’estero, correndo magari anche qualche rischio. E mentre le istituzioni stanno a guardare, i vuoti lasciati dal SSN sono stati colmati dai cosiddetti “viaggi della speranza”, principalmente in India; nel frattempo, cogliendo la portata di un bisogno insoddisfatto, alcuni soggetti ne hanno creato un business internazionale».*

*Tutto questo - continua Aceti - “è inaccettabile. Vanno superate le attuali disuguaglianze, garantendo l’accesso a tutti i malati. Innanzitutto il fondo per i farmaci innovativi deve essere rifinanziato a partire dalla prossima Legge di Stabilità, con risorse nuove e senza intaccare il Fondo Sanitario Nazionale, pensando ad esempio alla finalizzazione di quota parte del pay back”.*

*Contemporaneamente - conclude Aceti - bisogna continuare a far scendere i prezzi delle nuove terapie, puntando su una maggiore concorrenza tra produttori e formalizzando l’impegno dello Stato a garantire l’accesso per tutti. L’obiettivo Epatiti Virali 0 lo chiede l’Oms. “Ed è urgente eliminare le liste d’attesa per l’accesso ai farmaci: siano fissati con norma dello Stato i tempi massimi, che non possono andare oltre 15 giorni dalla decisione condivisa tra medico e paziente. Infine più informazione e più prevenzione per i cittadini”. ■*



# Infermieri: dalle parole ai fatti

a cura della presidente FNC Barbara Mangiacavalli



**da** lle parole ai fatti. Mi piace sintetizzare così il percorso avviato da questo Comitato centrale lo scorso anno e che ora sta cominciando a tirare le prime somme della sua attività e delle sue scelte.

La primavera 2016 infatti consente già di raccogliere alcuni frutti di quei semi gettati lo scorso anno.

Il binario su cui si muove la nostra professione e che la Federazione ha il compito (di legge così come morale) di mantenere al passo coi tempi e di far rispettare, il nostro Codice deontologico, è alla sua prima svolta dopo la stesura del 2009. Il lavoro del gruppo che lo sta rielaborando, infatti, è in fase avanzata, ma il punto chiave sarà, come comunicato ufficialmente ai Col-

legi, la revisione collettiva da parte del Consiglio Nazionale, che proporrà le sue osservazioni e modifiche e, nel nome di quella trasparenza e pluralità che deve caratterizzare la nostra professione, e che è il filo rosso che la Federazione segue in tutte le sue attività, una volta conclusa questa fase, si darà il via a un momento di condivisione con il mondo infermieristico. A esprimersi sul Codice potranno essere, infatti, gli infermieri iscritti ai Collegi che lo vorranno, grazie a una consultazione online, i cui meccanismi porteranno a un Codice davvero di tutti.

Un Codice che rappresenta la vera "linea guida" della nostra professione, anche rispetto agli attacchi, che spesso subiamo, probabilmente proprio per-



ché maggiore è la visibilità, più alto è il rischio di esposizione. Ma siamo e vogliamo essere la professione del futuro e, come tale, il nostro posto è in prima linea, dove il rischio è maggiore, ma lo sono anche i risultati.

Una prima linea fatta da tutti gli infermieri che, a diverso titolo, operano o hanno operato nel caso dei pensionati, che tuttavia non sono mai davvero "fermi", ma portano la loro esperienza e la loro attività in mille contesti della vita di tutti i giorni.

Ci sono i 270mila dipendenti del Servizio sanitario nazionale, per i quali le battaglie aperte sono sotto gli occhi di tutti e la Federazione le combatte tutte per le sue competenze: il contratto, le nuove competenze, la dirigenza infermieristica, il precariato, la sottoccupazione e la disoccupazione, le "fughe" all'estero e così via. L'Aran ci ascolta e la dirigenza infermieristica è, a pieno titolo, inserita nell'area di quella sanitaria con medici, veterinari, biologi ecc. L'Agenas lavora gomito a gomito con la Federazione sul progetto di alta formazione. Il ministero ha avviato la realizzazione al suo interno di un'area infermieristica, dove gli infermieri, e non altri, porteranno avanti le loro istanze

organizzative e programmatiche. E questi sono solo alcuni esempi.

Non dimentichiamo poi i molti colleghi che lavorano nelle strutture private, anche in quelle non convenzionate, e quelli che operano nelle residenze socioassistenziali, davvero in prima linea, non solo della professione, come tutti gli altri, ma della cronaca, spesso accusati ingiustamente di fatti che con la professione non hanno nulla a che fare, e che loro come persone non farebbero mai, solo perché confusi con altri profili che lavorano all'interno di queste strutture. Siamo, e saremo sempre, al loro fianco, per difenderli e difendere con loro l'immagine e l'integrità della nostra professione.

Ci sono i liberi professionisti: l'Enpapi ha censito quasi 70mila iscritti e a Como, nell'annuale giornata sulla libera professione, è stato presentato lo strumento dell'accreditamento professionale per la libera professione infermieristica. A breve sarà disponibile un manuale ad hoc, che consentirà agli infermieri libero-professionisti di accreditarsi volontariamente, secondo schemi che mettono in risalto le loro capacità e la qualità del servizio offerto ai cittadini, che da questo innovativo mecca-

nismo potranno avere più indicazioni e garanzie per soddisfare i propri bisogni di assistenza.

Ci sono vere e proprie praterie che i liberi professionisti possono percorrere e vale la pena investire energie e sperimentare modelli organizzativi innovativi per essere all'avanguardia in questo settore, specie in un contesto critico come quello degli ultimi anni, contrassegnato dalla contrazione della spesa sanitaria e dall'aumento di quella privata dei cittadini.

E ci sono anche circa 4mila nostri colleghi che operano nelle Forze Armate e nella Polizia, per i quali la Federazione ha organizzato la prima giornata sull'infermieristica delle Forze Armate e della Polizia di Stato: un momento di attenzione nei confronti degli infermieri che questa Federazione rappresenta, ma, soprattutto, la volontà di intraprendere una collaborazione costruttiva, finalizzata al miglioramento della condizione del professionista infermiere militare e della Polizia, risorsa irrinunciabile per le Amministrazioni, in cui è inquadrato, ma, non di meno, per la società civile e per il cittadino in qualsiasi contesto. Una giornata che ha dato anche i suoi risultati positivi, non solo in termini di affluenza e di rappresentanza dei vertici della sanità militare. Anche in questo caso, si è fatto un primo passo concreto verso il riconoscimento alla nostra professione e gli alti ufficiali presenti hanno annunciato che, dal 2017, cambieranno le modalità di reclutamento. Non si accederà solamente con il diploma (in qualità, quindi, di allievo maresciallo, durante il percorso accademico), ma sarà possibile partecipare a selezioni anche con la laurea di primo livello, e quindi con inquadramento ini-

ziale già da maresciallo.

Abbiamo inaugurato un percorso poco battuto finora, come punto di incontro tra Ministero della Salute, Funzione Pubblica e Sanità Militare. Apprezziamo lo sforzo di superare le differenze di inquadramento, ma ci sono sicuramente molti spazi per migliorare l'attuale impianto normativo: noi li percorreremo tutti.

E poi l'Ordine. Il cambio di rotta, atteso da anni, che trasformerà i nostri Collegi in Ordini professionali, è compiuto. Lo sblocco in commissione Igiene e Sanità al Senato del disegno di legge Lorenzin sulla riforma degli Ordini, che ora passa all'Aula di Palazzo Madama, è un passo importantissimo nel quadro generale di rilancio delle professioni sanitarie, ma anche per quel bisogno di maggiore appropriatezza e tutela dei pazienti che da tempo è la parola d'ordine di chi programma e gestisce la Sanità. La riforma degli Ordini consente di offrire le maggiori garanzie di tutela, non solo dei professionisti, ma anche dei cittadini, con la possibilità di avere forme di controllo, intervento diretto e sanzione nel caso di malpractice e maggiori verifiche, per evitare i fenomeni di abusivismo professionale.

Come ha commentato la nostra senatrice, Annalisa Silvestro, ci sono aspetti che ancora potranno essere migliorati in Aula a Palazzo Madama, o nel passaggio alla Camera, ma speriamo che con la strada ora imboccata, si possa giungere alla chiusura definitiva dell'iter al più presto.

Siamo solo agli inizi, e questi sono solo i primi esempi. Siamo in gioco e giocheremo per vincere e far vincere la nostra professione. Stiamo davvero passando dalle parole ai fatti. ■



# Progetto scuole "Lavaggio mani"

a cura di Marina Lanzi



**I**l progetto Scuole prosegue attraverso la partecipazione di colleghe/i disponibili a questa attività didattico-educativa nelle scuole primarie, secondarie e dell'infanzia, ma anche dei nidi della nostra provincia.

La conoscenza della figura dell'Infermiere, come colui che si occupa della salute delle persone, dei rischi per la salute più vicini a noi, ci riconduce alla conoscenza delle norme igieniche del lavaggio sociale delle mani, attivato attraverso l'utilizzo di cartelloni, materiale didattico e simulazioni nelle strutture ove siamo ospitati.

Abbiamo svolto attività nella Scuo-

la Primaria di Albegno di Treviolo, di Curnasco di Treviolo, Scuola Scuri di Bergamo, Scuola Primaria Biffi di Bergamo, Scuola dell'Infanzia La stellina di Azzano S. Paolo, Scuola Materna di Osio Sotto, Scuola Infanzia e nido Istituto S. Angela Merici di Bergamo, Scuola Svizzera Infanzia di Bergamo e Scuola Infanzia di Ranica. Questa è l'attività dell'anno scolastico 2015/16 che si è appena concluso; non abbiamo partecipato alla Festa della Ludoteca del Comune di Bergamo, ma ormai abbiamo consolidato la nostra presenza sul territorio bergamasco. Aspettiamo nuovi colleghi che possano essere inter-

interessati a questa opportunità offerta dal Collegio IPASVI, ricordando che non vi sono spese da sostenere, né a carico del collega, che viene rimborsato, né a carico dell'istituto scolastico, che riceverà gratuitamente tutto il materiale necessario.

Auguriamo ai colleghi genitori un proficuo inizio di anno scolastico per i loro figli e che sappiano cogliere questa opportunità. Dal Collegio potranno avere maggiori chiarimenti e, senza alcun impegno, saranno contattati. ■



# Un contratto che parla di professionalità

a cura di *Barbara Mangiacavalli*

*Presidente della Federazione Nazionale dei Collegi Ipvsvi*



**l**a prima tappa del rapido percorso di ulteriore, costante ascesa della nostra professione, si è presentata in questo inizio d'estate con un duplice obiettivo in un solo colpo: il nuovo contratto e lo sviluppo delle nuove competenze degli infermieri. Mantenendo, infatti, la promessa già insita nella loro approvazione della bozza di accordo Stato-Regioni sulle competenze avanzate per la nostra professione, e visto lo stallo delle istituzioni governative, le Regioni hanno preferito scegliere il contratto come risposta alla definizione di questo primo, nuovo e indispensabile tassello per il cambio di rotta, che, necessariamente, dovrà effettuare l'assistenza del Servizio sanitario nazionale. Dribblando di fatto l'ormai noto comma 566 della legge di stabilità 2014 e rendendo omogenee le

previsioni, già attuate spontaneamente in molte realtà locali, per ottimizzare i servizi contenute nell'accordo Stato-Regioni.

Il Comitato di settore Sanità ha inserito l'infermiere specialista nell'atto di indirizzo all'Aran per il nuovo contratto.

Questo significa che ora, al tavolo delle trattative ormai ai nastri di partenza, non si dovrà solo recuperare la dignità degli infermieri e degli altri professionisti sanitari, costretti da oltre sei anni a veder ridotto il loro stipendio in termini assoluti, ma soprattutto dal punto di vista di un potere di acquisto che ha perso almeno il 25% del suo valore. Si dovranno, infatti, gettare le basi, sia di inquadramento e di carriera, sia economiche, per l'ulteriore balzo in avanti possibile con le competenze avanzate.

Gli infermieri, con questo passo, otten-

gono un'importante affermazione professionale. È delle professioni intellettuali, infatti, avere nel Dna diversi livelli di responsabilità che arrivano fino alla dirigenza, quella vera. E sia la legge Madia sulla riforma della Pubblica amministrazione, sia ora le basi del nuovo contratto, ci riconoscono questo status, inserendo la nostra professione a pieno titolo nel contratto della dirigenza sanitaria e anche prevedendo nei fatti una crescita professionale, che rappresenta una ulteriore testimonianza e un altro trampolino di lancio per lo sviluppo dell'infermieristica italiana.

È chiaro: l'atto di indirizzo non è il contratto e comunque le Regioni fanno riferimento alla bozza di accordo che norma le aree delle competenze avanzate. Ma l'atout è ormai sul tavolo dei giochi che i sindacati dovranno condurre, per ottenere, questa volta ci auguriamo, in un vero gioco di squadra, i migliori risultati di sempre.

Gli infermieri sanno bene cosa hanno dovuto affrontare in questi lunghi anni, in cui, al di là della pur importantissima questione economica, sono stati messi nelle condizioni di svolgere il loro lavoro, la professione che hanno scelto e sentono dentro di sé, tra mille difficoltà, con mille ostacoli: dai turni di lavoro impossibili, agli organici sempre più ridotti, dalla crescita dell'età media, che per la nostra professione spesso determina situazioni di disagio, all'assenza di quel supporto che, sul territorio, sappiamo tutti benissimo essere necessario per preservare davvero la salute dei nostri assistiti.

Le Regioni e il Ministero della Salute hanno mantenuto ora la promessa e la coerenza. La promessa di dare un nuovo impulso alla valorizzazione delle professioni sanitarie, seguendo le linee indicate, come anche lo stesso atto di indirizzo ricorda nelle sue premesse, nel Patto per la salute e nel recepimento di tutte le ultime direttive europee in materia. La coerenza, perché sono state le Regioni per prime a sottoscrivere e approvare con la bozza di accordo sulle

nuove competenze degli infermieri.

Certo, il lavoro non finisce qui, e spetterà poi all'Osservatorio nazionale per le professioni sanitarie, ricostituito presso il ministero dell'Università a marzo di quest'anno, prevedere i vari percorsi formativi, compreso, per la laurea magistrale, i nuovi indirizzi clinici, implicito nella nuova figura di professionista specialista.

Ma la scelta del Comitato di settore conferma l'efficacia della politica portata avanti dall'Ipasvi. Da ora in poi, quando il tavolo contrattuale sarà aperto, toccherà ai sindacati, che dovranno davvero mettercela tutta, far applicare, difendere e tutelare il lavoro dei nostri professionisti e di tutti gli operatori, chiamati in causa nel nuovo modello di assistenza disegnato dalle Regioni. Concertazione e collaborazione reale sono le parole-chiave per continuare a lavorare fianco a fianco, in un nuovo modello di sanità sicura, efficace, appropriata e sostenibile.

Così, nel nuovo contratto ci sarà il "professionista specialista", laureato e con un master di primo livello nelle professioni sanitarie. E ci sarà un "professionista esperto", quello che ha acquisito competenze avanzate, grazie a percorsi formativi complementari regionali e le attività professionali, svolte anche in base a protocolli concordati tra le rappresentanze delle professioni, di quelle mediche e dell'area sanitaria in generale.

Ma nel nuovo contratto e nella nostra professione (non dobbiamo mai dimenticarlo) c'è soprattutto la realizzazione e la materializzazione di quello spirito, di quella volontà che ci fa essere sempre accanto ai nostri assistiti, che ci fa essere sempre pronti ad affrontare qualunque avversità, purché possano vedere realizzati i bisogni di salute, che ci fa essere pronti, preparati e aggiornati anche al di là di quello che ci viene riconosciuto, se questo serve per poter scrivere la nostra assistenza con la "A" maiuscola. Che ci fa essere, semplicemente e orgogliosamente, infermieri. ■

# Infermieri e mass media

Lettera Ipasvi a Lorenzin e Bonaccini

tratta da [www.ipasvi.it](http://www.ipasvi.it)



**a** presidente Ipasvi, Barbara Mangiacavalli, ha inviato una lettera (*in allegato l'originale*) al ministro della Salute Beatrice Lorenzin e al Presidente della Conferenza delle Regioni Stefano Bonaccini, per chiedere il loro intervento per impedire che notizie non corrette sulla professione infermieristica e attribuzioni inesatte agli infermieri di azioni e reati possano minare alla base non solo la professione, ma soprattutto la credibilità che questa ha nei confronti dei cittadini.

È bene chiarire "chi" fa "cosa" e non generalizzare, definendo "infermieri" tutti coloro che nelle strutture sanitarie lavo-

rano con un camice e non sono medici: è il concetto di base.

E la Federazione Ipasvi nella lettera sottolinea che se il diritto di cronaca è sacro, altrettanto lo è quello alla dignità professionale degli infermieri e soprattutto quello costituzionale alla salute dei cittadini che in questo modo si trovano ad affrontare una corsa a ostacoli per superare falsi spauracchi e ristabilire i veri principi dell'assistenza e della fiducia in chi li assiste.

La lettera è stata inviata per conoscenza anche al presidente del Consiglio Matteo Renzi, al sottosegretario alla Salute Vito De Filippo, al presidente della Com-

missione Salute delle Regioni Antonio Saitta, al ministero della Giustizia, all'Ordine nazionale dei giornalisti, alla Federazione Nazionale della stampa e alla Federazione Nazionale editori giornali.

Ecco il testo integrale:

*"Gentile Ministro, gentile Presidente, l'ultimo fatto è di pochi giorni fa. "Frosinone, rubava dalle borse dei pazienti anziani in ospedale: arrestata infermiera" è il titolo che ha primeggiato su giornali e televisioni fin dalla mattina, tranne poi, dopo la smentita della Questura, ristabilire la verità: non un'infermiera, ma una fisioterapista. Negli articoli spesso le due professioni sono state citate come fossero sinonimi l'una dell'altra: "un'infermiera, fisioterapista ..." o anche "... infermiera ruba ad anziane durante sedute di fisioterapia ..." e ancora, dopo aver descritto l'arresto dell'"infermiera", la notizia che continua con: "La 44enne fisioterapista ...".*

*Nel 2016 abbiamo letto improbabili "mansionari" su testate di rilievo nazionale, ben lontani da ciò che voi chiedete agli infermieri e dalla mission della professione, ma che fanno parte spesso di compiti di altre figure che operano nelle strutture sanitarie, confondendo i pazienti che non sanno a chi rivolgersi e per cosa e umiliando gli oltre 430mila professionisti che ogni giorno vivono e operano nel nome del "prendersi cura". Poi improbabili "gare di aghi", smentite dai fatti accertati anche dalla Procura della Repubblica e ridotte a uno stupido "gioco" verbale, comunque esecrabile dal punto di vista professionale – e per questo i Collegi competenti stanno intervenendo – di cui però sono stati additati come unici responsabili ancora una volta gli infermieri, ignorando che con loro a "giocare" c'erano anche medici e non sottolineando che in realtà nulla è stato fatto a nessun paziente.*

*E ancora le "infermiere killer", per le quali la cronaca ha calcato la mano quasi più sul fatto che fossero infermiere – anche prima del reale accertamento delle responsabilità – che non individui colpevoli di un gravissimo reato.*

*Non dimentichiamo il tam tam mediatico negativo sui servizi di emergenza e 118 e sul triage che di fatto hanno coinvolto aspetti della professione acquisiti ormai da anni e grazie ai quali molti cittadini hanno ottenuto interventi tempestivi, spesso salvavita: il sospetto in questi casi rallenta i soccorsi e riduce le possibilità di successo.*

*Questi sono solo alcuni esempi dell'ignoranza e della confusione mediatica che colpisce gravemente la nostra professione e che mina alla base quel rapporto di fiducia e credibilità che i cittadini devono avere in chi li assiste per poter essere sereni nel momento in cui il Servizio sanitario affronta i loro reali e spesso urgenti bisogni di salute.*

*Cosa può pensare o immaginare un paziente al suo ingresso in ospedale se nella sua mente ci sono immagini legate alla definizione di "infermiere" che evocano killer, ladri, spesso atti di violenza sui più fragili? Azioni queste ultime rispetto alle quali si è quasi sempre dimostrata l'estraneità degli infermieri, confusi con altri operatori, ancora una volta per il principio ormai acquisito che chiunque indossa un camice, o è medico, o è infermiere.*

*Dove poi la responsabilità di un infermiere è stata accertata, subito i Collegi e la Federazione sono intervenuti rigidamente per allontanare dai pazienti e dalla professione chi ha tradito il suo mandato di assistenza. Ma la notizia fin qui non arriva mai e i cittadini non sanno che nella nostra professione chi sbaglia paga, nel nome della tutela della loro salute, della loro integrità e anche del decoro della nostra attività.*



Questo elenco potrebbe essere ancora lungo: questa Federazione chiede formalmente e urgentemente il Vostro intervento nella qualità di ministero vigilante e di datore di lavoro e programmatore oltre che gestore dei servizi sanitari.

Il problema è chiarire chi è l'infermiere, cosa fa e quanto vale la sua professionalità.

Chiarirlo ai media, che mostrano nella gran parte dei casi (nonostante questa Federazione a inizio anno si sia rivolta a loro chiedendo e offrendo collaborazione) di non saperlo e con troppa leggerezza, senza valutarne le conseguenze, sparano a zero su una categoria che si trova indebolita e umiliata dalle loro affermazioni.

Chiarirlo ai cittadini, perché sappiano che si affidano a mani esperte e sicure, a veri professionisti della salute e perché sappiano, soprattutto, su chi far conto e a chi rivolgersi rispetto ai propri bisogni di salute e nel momento in cui questi sono più forti.

E chiarirlo anche per i nostri professionisti, che non chiedono lodi o complimenti, ma che da anni ormai, in periodi di crisi gravi come quelli che stiamo attraversando, difendono la qualità del Servizio sanitario facendo conto su stessi e sulla volontà di mantenere l'impegno che con la loro professione hanno assunto verso i cittadini. Chiarire loro che non sono bersagli e che per ciò che fanno possono e devono camminare a testa alta.

Questa Federazione sta organizzando campagne di informazione su chi è l'infermiere per spiegare ai cittadini su cosa e come possono contare, ma è evidente che di fronte a simili, subdoli e inuti-

li perché imprecisi attacchi, qualunque tentativo di chiarezza e verità rischia di assumere quel tono di scusatio non petita che danneggia ancora di più la nostra professione e il Servizio sanitario nel suo complesso.

Questa Federazione ha messo a disposizione gli strumenti per chi voglia verificare la reale identità di infermiere di coloro i quali sono coinvolti in fatti di cronaca, dando la massima evidenza sull'home page del sito istituzionale alla "ricerca Albo" che non solo mette in chiaro l'appartenenza o meno alla professione, ma dà anche indicazioni precise sui Collegi a cui il professionista è iscritto, in modo da poter chiedere nei rari casi affermativi in cui davvero si tratta di infermieri, che misure si stanno mettendo in atto.

Per tutto questo, chiediamo il Vostro intervento urgente, presso le sedi competenti e presso chi diffonde a volte notizie senza fondamento e a forte rischio non solo per la professione, ma per lo svolgimento dell'assistenza e, quindi, per la salute dei cittadini.

Il diritto di cronaca è sacro, non c'è dubbio, ma lo è anche quello alla dignità personale professionale dei nostri iscritti e soprattutto quello costituzionale alla salute dei cittadini che in questo modo si trovano ad affrontare una corsa a ostacoli per superare falsi spauracchi e ristabilire i veri principi dell'assistenza e della fiducia in chi li assiste.

Questo "massacro mediatico" deve finire: aiutateci e fate in modo di interromperlo ora".

La presidente  
Barbara Mangiacavalli ■

# Il collega chiede... il Collegio risponde!



a cura della Commissione Redazione



>>> Gentilissima Dott.ssa Plebani, La ringrazio per la sua gentile risposta. Di seguito i 3 chiarimenti richiesti: Processazione dei campioni biologici: non si tratta di un POCT.

Ad ogni visita, prevista dai vari protocolli sperimentali (trials clinici sponsorizzati dalle varie case farmaceutiche), noi eseguiamo (anche) un prelievo ematico/urine utilizzando dei kit di laboratorio appositamente forniti dallo sponsor, sempre diversi in base alla visita). Dopo la raccolta, le provette di sangue vengono centrifugate, seguendo le indicazioni per ogni provetta contenute nei manuali di laboratorio forniti dallo sponsor. In seguito alla centrifugazione, il siero o il plasma ottenuto viene sierato nelle provette di trasporto indicate, queste ultime vengono confezionate in imballaggi di spedizione specifici e poi spedite contattando un corriere dedicato.

Il nostro compito, oltre la pratica infermieristica, è:

- effettuare dei training (in inglese) relativi a: trials clinici, alle Good Clinical Practice guidelines, IATA-spedizione materiale potenzialmente pericoloso (tutti questi training sono obbligatori per poter lavorare in questo ambito), conoscere l'utilizzo di eventuale strumentazione elettromedicale per effettuare rilevazioni antropometriche, elettrocardiogrammi, test specifici e strumenti di rilevazione della temperatura di conservazione dei farmaci sperimentali e dei campioni biologici (tutta questa strumentazione viene gestita da noi infermiere).

- studiare e progettare delle schede infermieristiche che raccolgono tutte le informazioni richieste in base alla visita, es: misurazione dei parametri vitali (anche più volte), misure antropometriche, DTX, educazione fornita ecc.;

- eseguire il prelievo dei campioni biologici o i dei meal test;
- centrifugare i campioni se necessario rispettando le tempistiche e le modalità;
- sierare i campioni centrifugati;
- compilare la documentazione relativa alle procedure di laboratorio e alla spedizione;
- preparare i colli di spedizione contenenti i campioni, che possono essere a temperatura ambiente, refrigerati o utilizzando il ghiaccio secco;
- contattare i vari corrieri per spedire i colli ai laboratori europei;
- eventualmente somministrazione di farmaco sperimentale.

Contesto organizzativo e utilizzo di procedure/protocolli: Io e la mia collega siamo due infermiere assunte regolarmente dal nostro Istituto. Attualmente siamo in un'Unità esclusivamente dedicata ai trials clinici, nel senso che i pazienti sono seguiti soltanto a scopo sperimentale, vengono arruolati in studi clinici. Noi due abbiamo nella nostra formazione, oltre alla laurea triennale, anche un master di ricerca. All'interno della nostra unità c'è una study coordinator che gestisce la parte burocratica, altri medici dedicati ed il responsabile (Principal Investigator), medico. Quest'ultimo è il nostro responsabile per ciò che riguarda tutte le attività che svolgiamo. Da un punto di vista prettamente legato a ferie, permessi, malattia, rispondiamo ad una caposala che coordina una unità più ampia e del quale organico noi facciamo parte. Tale Unità comprende degli ambulatori generali ed un Day Hospital di medicina. In pratica, noi risuliamo nella turnistica di questi ambulatori, anche se siamo dedicate esclusivamente ai trials clinici. Per quanto riguarda l'utilizzo di procedure/protocolli noi ci atteniamo a quelle specifiche degli studi sperimentali; ovviamente esistono delle procedure di gestione dell'urgenza o altro, ma di carattere clinico generale; tali procedure sono pubblicate a livello istituzionale e trasversali a tutto il personale dipendente.

Esistenza di accordi interni specifici e da noi sottoscritti. Non abbiamo mai sottoscritto nessun accordo specifico, né con la dirigenza infermieristica/direzione del personale, né con il responsabile-Principal Investigator. Tuttavia, per far parte del team di ogni protocollo di studio sperimentale, ogni figura professionale (comprese noi infermiere), deve sottoscrivere un form che è la Delegation Log, sul quale vengono specificate le task (attività svolte). Si tratta di un documento protocollo specifico che stabilisce chi fa e cosa, ma tale documento, previsto dallo sponsor (casa farmaceutica), non viene visionato, tantomeno sono a conoscenza la dirigenza infermieristica o l'ufficio del personale e non comporta nessun compenso aggiuntivo alla nostra normale busta paga, che corrisponde esattamente alla paga base di un infermiere di ambulatorio, e non di un infermiere altamente specializzato. Tengo inoltre a specificare che abbiamo stilato una job description dettagliata, ma che non è stata approvata e pubblicata. In conclusione, non ci viene riconosciuto un'indennità specifica per il nostro lavoro di laboratorio, né un incentivo/premio per le nostre responsabilità.

Sono a conoscenza del fatto che la figura dell'infermiere di ricerca sta prendendo sempre più piede in Italia, ma purtroppo, a differenza di ciò che avviene in altri paesi, nel nostro non è riconosciuto, né formalmente, né economicamente il ruolo dell'infermiere di ricerca. Ritornando alla domanda iniziale, vorremmo sapere se dal punto di vista legale/infornistico siamo coperte per tutto quello che riguarda il rischio biologico aggiuntivo. Ringrazio infinitamente e aspetto la Vostra gentile risposta.

Gentile collega, per poter dare qualche suggerimento in merito a quanto richiesto, occorre tenere come punto di riferimento il Codice Deontologico, poiché fissa le norme dell'agire professionale e definisce i principi-guida che strutturano il sistema

etico in cui si svolge la relazione con la persona/assistito. Si tratta di una relazione che si realizza attraverso interventi specifici in quanto patrimonio di peculiari competenze interne alla professione che sottintendono una completa autonomia decisio-

nale e gestionale rispetto ad altre figure professionali.

Anche la responsabilità collegata all'autonomia è intesa come un principio-guida dell'agire professionale poiché pone l'infermiere in una condizione di costante impegno nell'assistere, curare e nel prendersi cura della persona.

Il sapere, l'esperienza e la competenza infermieristica sottendono inoltre un ruolo "attivo" dei professionisti anche sul monitoraggio dei servizi attivati e delle prestazioni effettuate, sulle proposte per il loro miglioramento e sui percorsi di adeguamento del sistema sanitario all'evoluzione della domanda di salute.

Alcuni art. del Codice Deontologico sottintendono tale atteggiamento da parte dell'intera categoria professionale. Nello specifico infatti si legge:

art. 11 "L'infermiere fonda il proprio operato su conoscenze validate e aggiorna saperi e competenze attraverso la formazione permanente, la riflessione critica sull'esperienza e la ricerca. Promuove, attiva e partecipa alla ricerca e cura la diffusione dei risultati

art. 12 "L'infermiere riconosce il valore della ricerca, della sperimentazione clinica e assistenziale per l'evoluzione delle conoscenze e per i benefici dell'assistito

Partendo da tali presupposti credo sia corretto interrogarsi su quale potrebbe essere l'atteggiamento deontologicamente ritenuto più corretto perché conforme alle norme che guidano la nostra professione. Per entrare nello specifico di quanto richiesto, nella letteratura (di cui allego articoli di riferimento) non viene descritto che la processazione dei campioni biologici possa rientrare in una di quelle attività "core competence" dell'infermiere di ricerca.

Tuttavia se proviamo ad allargare il punto di vista, potrebbe anche essere che un infermiere di ricerca possa considerare pro-

pria un'attività di "gestione" del campione prima dell'invio al centro esterno. E nella parola gestione potrebbe anche rientrare l'utilizzo di una centrifuga, piuttosto che la conservazione, etichettatura, preparazione dello stesso prima dell'invio definitivo. Mi permetto quindi di darvi alcuni suggerimenti.

Per prima cosa occorre coinvolgere il vostro study coordinator al quale fate ufficialmente riferimento e l'Ufficio infermieristico della struttura in cui operate al fine di insistere per promuovere l'applicazione di una Job Description che definisca i livelli di attività attesi e le skill richieste. Lei stessa ha precisato che con la sua collega l'avete già progettata. Occorre capire quali siano state le motivazioni che non hanno reso possibile la sua pubblicazione e come e dove insistere per far capire quanto la stessa risulti essere uno strumento di lavoro assolutamente necessario all'interno di un contesto lavorativo come il vostro.

Altro aspetto importante è quello contrattuale. In questo caso cercate di coinvolgere le organizzazioni sindacali di categoria interne alla vostra struttura per capire come strutturare un percorso che porti ad ottenere un giusto riconoscimento economico. Da ultimo in merito al dubbio sulle coperture assicurative (rischio biologico compreso) risulta difficile esprimere un parere significativo senza sapere se vi siano realmente delle tutele garantite da polizze interne alla vostra struttura.

Qualora non vi sia riscontro in tal senso consiglio di attivare una assicurazione personale che vi tuteli nell'esercizio quotidiano della professione.

Nella speranza di essere stata sufficientemente esaustiva, colgo l'occasione per porgervi i miei più cordiali saluti.

(PROT. IN ENTRATA N.1174/16 - PROT. IN USCITA 1031/16)

>>> Buongiorno, vi contatto in merito ad una problematica che sta nascendo sul mio posto di lavoro. Se il medico dà all'infermiera un'indicazione, in merito alla gestione di un paziente, riportando tale indicazione in forma scritta nella diaria medica e la caposala, invece, dà indicazione opposta e si oppone ad essa, io infermiera come mi devo comportare? A chi devo dar retta? Nel mio caso specifico, si tratta di porre un pz in sorveglianza

notturna, per la prima notte di ricovero in struttura, in modo da osservare la tolleranza del pz verso le spondine applicate letto (infatti il pz non deambula stabilmente in autonomia, ma necessità di supervisione/aiuto di un operatore) ed eventuali tentativi, da parte dello stesso di scavalcarle. Chiedo un aiuto da parte vostra, per poter far chiarezza, sul comportamento più corretto da attuare, in modo da potermi anche tutelare. Grazie per l'attenzione. Resto in attesa di cordiale risposta.

Gentile collega, per poter dare qualche suggerimento in merito a quanto richiesto, occorre tenere come punto di riferimento il Codice Deontologico, poiché fissa le norme dell'agire professionale e definisce i principi-guida che strutturano il sistema etico in cui si svolge la relazione con la persona/assistito. Si tratta di una relazione che si realizza attraverso interventi specifici in quanto patrimonio di peculiari competenze interne alla professione che sottintendono una completa autonomia decisionale e gestionale rispetto ad altre figure professionali. Anche la responsabilità, collegata all'autonomia è intesa come un principio-guida dell'agire professionale poiché pone l'infermiere in una condizione di costante impegno nell'assistere, curare e nel prendersi cura della persona.

Il sapere, l'esperienza e la competenza infermieristica sottendono inoltre un ruolo "attivo" dei professionisti anche sul monitoraggio dei servizi attivati e delle prestazioni effettuate, sulle proposte per il loro miglioramento e sui percorsi di adeguamento del sistema sanitario all'evoluzione della domanda di salute.

Alcuni art. del Codice Deontologico sottintendono tale atteggiamento da parte dell'intera categoria professionale. Nello specifico infatti si legge:

art. 14 "L'infermiere riconosce che **l'integrazione fra professionisti e l'integrazione interprofessionale** sono modalità fondamentali per far fronte ai bisogni dell'assistito".

art. 17 "L'infermiere nell'agire professionale è **libero da condizionamenti** derivanti da pressioni o interessi di assistiti, familiari, altri operatori, imprese, associazioni, organismi".

art. 22 "L'infermiere **conosce il progetto diagnostico-terapeutico** per le influenze che questo ha sul percorso assistenziale e

sulla relazione con l'assistito".

Art.30 "L'infermiere si adopera affinché il ricorso alla **contenzione** sia un evento straordinario, **sostenuto da prescrizione medica** o da documentate valutazioni assistenziali".

Partendo da tali presupposti credo sia corretto interrogarsi su quale potrebbe essere l'atteggiamento deontologicamente ritenuto più corretto, perché conforme alle norme che guidano la nostra professione: Non conoscendo a fondo l'organizzazione della struttura presso la quale opera, vorrei suggerirle di valutare alcuni aspetti quali:

- Capire il motivo per cui di fronte ad una prescrizione medica che da quanto mi dice serve a tutelare l'assistito evitando e prevenendo eventuali cadute, la sua coordinatrice si oppone.

- Quali strategie alternative le propone per la valutazione dello stesso e come intende favorire la collaborazione interdisciplinare e di interfaccia con il medico responsabile della vostra struttura per applicarle.

- In ultimo, ma non per importanza, tutto ciò che riguarda il prendersi cura dell'assistito e la pianificazione di qualsiasi intervento assistenziale, una volta opportunamente documentato e sostenuto dalle giuste motivazioni deve necessariamente essere messo per iscritto al fine di tutelare il vostro operato.

Mi auguro quindi che riesca a promuovere nei confronti del suo coordinatore un atteggiamento propositivo e collaborativo considerando che la mission primaria dell'infermiere è il prendersi cura della persona che assiste in una logica prettamente olistica.

Nella speranza di essere stata sufficientemente esaustiva, colgo l'occasione per porgervi i miei più cordiali saluti.

(PROT. IN USCITA N.1192/16)





## Iscriviti alla mailing list del Collegio per avere in tempo reale informazioni sempre aggiornate direttamente sulla tua casella di posta



INFERMIERI PROFESSIONALI  
ASSISTENTI SANITARI - VIGILATRICI D'INFANZIA

Collegio Provinciale di Bergamo

24125 Bergamo - Via Rovelli n.45 - Telefono 035/217090 - Fax 035/236332

www.ipasvibergamo.it - E-mail: collegio@infermieribergamo.it



**Ca**ro/a collega, al fine di rendere più veloce il passaggio di informazioni relative all'attività del Collegio e alle novità in ambito sanitario, il Consiglio Direttivo della Provincia di Bergamo ha approvato l'iniziativa di attivare la newsletter creando una mailing list.

Al fine di acquisire gli indirizzi mail ti chiediamo di compilare la parte sottostante e inviarla alla segreteria, via fax al numero 035/236332 oppure di collegarti direttamente al sito internet [www.ipasvibergamo.it](http://www.ipasvibergamo.it) e accedere all'area mailing list.

La Presidente Beatrice Mazzoleni

COGNOME \_\_\_\_\_

NOME \_\_\_\_\_

DATA DI NASCITA \_\_\_\_\_

INDIRIZZO MAIL \_\_\_\_\_

(pregasi scrivere in stampatello)

Infermiere dipendente     Coordinatore     Infermiere libero professionista

*Informativa sulla privacy: ai sensi Dlgs 196/2003, informiamo che la newsletter del Collegio di Bergamo gestisce una "mailing list" di indirizzi elettronici. Tale lista di distribuzione è utilizzata esclusivamente per spedire, via posta elettronica ed elencando i destinatari in copia nascosta, la newsletter del Collegio di Bergamo. In ogni caso, i dati presenti nei nostri archivi non saranno comunicati ad altri. Sono tuttavia accessibili da parte dello staff tecnico incaricato dal Collegio IPASVI di Bergamo, al fine di garantire l'adeguata manutenzione e svolgere le operazioni eventualmente richieste dai legittimi proprietari dei dati registrati. Gli indirizzi elettronici dei destinatari della newsletter sono relativi a richieste d'iscrizione acquisite tramite adesione al presente modulo o la registrazione nel sito. Chiunque e in qualsiasi momento ha il diritto di conoscere, aggiornare, rettificare, integrare o cancellare i propri dati ed opporsi al loro utilizzo, se sono trattati in violazione della legge (art. 13 del Dlgs 196/2003). In particolare: chi non volesse più ricevere la newsletter, può chiedere la rimozione dei suoi dati dalla mailing list utilizzando l'apposito link presente in fondo alla stessa o scrivendo alla segreteria del Collegio. Il titolare del trattamento dei dati è il Presidente del Collegio IPASVI di Bergamo.*

Approvo

Non approvo

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_







Evento formativo

## “BLS-D- Basic Life Support and Defibrillation”

Il corso è rivolto agli infermieri che necessitano del possesso dell’attestato di BLS-D per fornire un’assistenza adeguata anche di fronte ad eventi improvvisi come l’arresto cardio-circolatorio. Il corso si articola in una parte teorica ed una pratica, dove al termine del corso viene rilasciato l’apposito attestato, previo superamento del test finale. Il corso si articola in 5 ore di formazione (parte teorica + parte pratica).

### **Obiettivi**

Riconoscere un arresto cardio-circolatorio.

Attivare prontamente i soccorsi.

Utilizzare precocemente il defibrillatore semiautomatico.

Prova pratica.

### **Sede**

Collegio IPASVI Bergamo, Via Pietro Rovelli 45 - 24125 Bergamo (BG)

Al raggiungimento dei 12 iscritti verrà fissata la data del corso che indicativamente sarà a Dicembre 2016.

### **Costo**

Quota a carico di ciascun partecipante iscritto al Collegio IPASVI di Bergamo euro 118,00, se iscritto ad altro Collegio euro 150,00.

Per le iscrizioni si prega di telefonare in Collegio 035/217090.

### **Numero partecipanti**

Massimo 12 iscritti (in base al numero degli iscritti sarà possibile organizzare più edizioni sempre con un massimo di 12 iscritti a corso).

### **Metodologia didattica**

Lezioni /Discussione, Role playing con simulazione di casi. Crediti ECM.

### **Docente**

Walter Bergamelli Istruttore BLS-D-IRC.



# LA GESTIONE DEL MASSICCIO AFFLUSSO DI FERITI

Una formazione adeguata per fornire la risposta giusta alle maxiemergenze

Tel Aviv , Chaim Sheba Medical Center (IL)  
Febbraio 2017 - 10 giorni - 8 ore di lezione

Un'adeguata risposta sanitaria agli eventi catastrofici attraverso un programma formativo che permetta agli operatori di acquisire capacità decisionali e gestionali nelle situazioni in cui il numero di persone coinvolte è in squilibrio rispetto alle risorse disponibili.

## Argomenti:

- National Trauma System
- Principi relativi ai Trauma Center di 1° e 2° Livello
- Il lavoro del Trauma Team
- Definizioni e principi degli eventi di Massa
- La preparazione ad eventi terroristici
- La preparazione del Dipartimento d'Emergenza
- Dati epidemiologici relativi agli Eventi Terroristici
- Il Registro Trauma
- Evacuazione Secondaria fra ospedali
- Il Triage nelle Mass Casualty
- Patologie correlate alle esplosioni
- Principi delle Mass Casualty applicati in Ospedali di 2° e 3° Livello
- Decision Making
- Funzioni dell'Infermiere in ambito di Massiccio Afflusso di feriti
- Il Trauma Coordinator Infermieristico
- Standard di trattamento per traumi cranici gravi
- La Sindrome da Shock Post Traumatico
- La ricerca relativa alle Mass Casualty
- Ottimizzazione del Soccorso d'Emergenza

## Inoltre:

- Visita al Dip. d'Emergenza dello Sheba Medical Center (Maggiore Ospedale Israeliano)
- Visita al Magen David Adom Nazionale (corrispondente al S.S.U. Em118 Italiano)
- Visita ed Esercitazioni presso il Centro di Simulazione Nazionale (se disponibile)

Info: [www.ipasvibergamo.it](http://www.ipasvibergamo.it)