

ScriptaManent

Notiziario a cura del Collegio IPASVI Bergamo



IPASVI

Camminata IN. COL.LE. INfermieri COOn La LEsch-Nyhan



SCRIPTA MANENT - Anno XXIII n. 72 - Giugno 2017 - Spedizione in abbonamento postale - art. 2 comma 20/c 1.662/96 - BG

SEGUICI SU  IPASVI BERGAMO

num
ero 72

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, Stuanì 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) e consultando la sezione dedicata.

Per fornire alla commissione redazione articoli, spunti di miglioramento o segnalare criticità scrivere all'indirizzo: customerscriptament@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

Sull'infermiere di famiglia...

a cura di Barbara Mangiacavalli
Presidente della Federazione Nazionale
dei Collegi IPASVI

3

**Infermieri: gli italiani li apprezzano,
ma crisi e carenze mettono
a rischio ospedale e territorio**
a cura della Redazione Nazionale

5

IX Rapporto Favo

Per un farmaco antitumorale attese
di oltre 2 anni. Infermieri pronti ad assistere
a cura della Redazione Nazionale

11

5° Mass Casualty Management for Nurses

Israele 12-22 Febbraio 2017
a cura di Angelo Agostini, Coordinatore Progetto

15

Empatia, colori e voglia di vivere alla prima "Camminata IN. COL.LE. INfermieri COon La LEsch-Nyhan"

a cura del Consiglio Direttivo e i Revisori dei Conti
del Collegio IPASVI di Bergamo

19

Biotestamento

Audizione Ipasvi in commissione Igiene
e Sanità al Senato
a cura della Redazione Nazionale

21

Il collega chiede...

il Collegio risponde!

a cura della Commissione Redazione

25

Sommario



Sull'infermiere di famiglia...

a cura di *Barbara Mangiacavalli*

Presidente della Federazione Nazionale dei Collegi IPASVI

È recente l'ultima, ennesima, polemica "nota" nel campo dell'assistenza infermieristica: quella di alcuni sindacati, questa volta, sull'infermiere di famiglia.

In realtà una maggior conoscenza della situazione assistenziale e una minore "natura polemica" nel dibattito che sta animando i nuovi modelli assistenziali, non richiederebbe nemmeno un impegno in una dissertazione-dibattito su cui i dati di fatto non lasciano nulla su cui dissertare, niente su cui dibattere.

L'infermiere cosiddetto "di famiglia" in realtà altro non è se non quell'infermiere che si occupa, il più delle volte unica figura nel campo assistenziale, dei bisogni dei cittadini che, una volta fuori dell'ospedale, sono spesso abbandonati a se stessi dal punto di vista dell'assistenza - si noti bene: non della diagnostica e terapia, a cui pensa il medico di base, ma dell'assistenza, di quei bisogni cioè h24 per cui il paziente è di fatto solo - e se ne occupa con piena soddisfazione degli utenti visto che, secondo una recentissima indagine Censis, l'85% dei cittadini dichiara di fidarsi di noi e la fiducia aumenta oltre il 90% negli ultrasessantacinquenni.

La polemica sterile di alcuni che vogliono vedere motu proprio - nessuno glielo ha chiesto e non ne hanno evidenze - nella figura dell'infermiere di famiglia l'immagine di un professionista che, in qualche modo, invade il campo di azione altrui, altro non fanno se non alimentare quella vena di confusione - per i pazienti soprattutto - e di mala-informazione in generale che ormai resta, a quanto pare, l'unica difesa per sacche ormai minimali di nostalgici di situazioni che, anche professionalmente, nessuno considera più.

Eppure è chiaro e ormai palese: l'infermiere non fa diagnosi e terapia, ma nell'assistenza è preparato e formato ad altissimi livelli. Basta vedere che la responsabilità assegnata ai nostri professionisti è stata negli ultimi anni crescente. E non certo per risparmiare sulla spesa, ma per razionalizzare i servizi e l'assistenza, tenendo dritta la barra del coordinamento delle cure al paziente, grazie alla professionalità degli infermieri, in modo da evitare duplicazioni e disagi per ha bisogno di cure. Noi lo facciamo già, esaltando il concetto di cooperazione tra professioni a vantaggio dei pazienti: le esigenze sono sempre più complesse con l'innalzamento dell'età e l'aumento di cronicità e pluripatologie e non c'è più un paziente che può essere curato da un solo

professionista, ma tanti professionisti devono garantire la salute del singolo paziente.

Diciamo da tempo che l'infermiere ha il suo sviluppo professionale futuro sia nel management che nella clinica, grazie alle competenze specialistiche già attive in molte Regioni. Istituti di ricerca come Sda Bocconi e Cerismas dell'Università Cattolica hanno ribadito la necessità di porre la professione infermieristica in una posizione di coordinamento-gestionale dell'assistenza, modificando i ruoli ed esaltando anche così gli spazi della specializzazione del medico. L'infermiere di domani è una figura che fa da cabina di regia del percorso personalizzato e nella costruzione della continuità con gli altri professionisti, tra cui il medico di famiglia quale referente clinico e gli altri specialisti.

Allora dov'è il problema?

Il problema non c'è. L'infermiere di famiglia non è una invenzione nuova, ma una realtà ormai consolidata in molte Regioni d'Italia e non solo del Nord. E ancora di più non rendersene conto fa

capire che il senso del cosiddetto infermiere di famiglia non è stato assolutamente colto nel momento in cui si confonde il ruolo dell'infermiere con quello del medico, dandone un'interpretazione assolutamente limitata e riduttiva.

Nessuno, sottolineo nessuno, ha mai affermato che l'infermiere di famiglia sostituisce il medico nel momento della necessaria diagnosi e terapia. Non lo vogliamo neppure noi e non ci interessa. Semmai il suo intervento, che rientra nella medicina di iniziativa oggi chiesta a gran voce per far funzionare il Servizio sanitario nazionale e la prevenzione sul territorio, si innesca nel momento in cui il paziente va necessariamente seguito e va seguito a domicilio, dove solo l'infermiere può andare in modo continuativo, controllando - e nel caso interpellando il medico - che tutto proceda per il meglio.

Non si strumentalizzano - come invece purtroppo ancora si assiste - dati di fatto come il triage, l'emergenza, l'assistenza agli anziani sul territorio, la continuità assistenziale offerta dagli infermieri e soprattutto le loro capacità provate e testimoniate, oltre che dall'esperienza e dagli stessi pazienti, da corsi universitari che certificano e testimoniano, ancora una volta, le capacità degli infermieri. Non si possono, né si devono utilizzare, modelli di assistenza ormai consolidati per cercare di tirare acqua a un mulino che di fatto è stato abbandonato da tempo perché operava con modalità ormai obsolete.

Nessuno di noi tocca la professionalità medica, né ha mai pensato di farlo: nessuno tocchi, con approcci del tutto e solo strumentali, la professionalità infermieristica che offre ai pazienti sul territorio quell'attenzione e la cura di cui hanno bisogno. ■



Infermieri: gli italiani li apprezzano, ma crisi e carenze mettono a rischio ospedale e territorio

a cura della Redazione Nazionale



Presentati i risultati di un'indagine Censis sulle prestazioni richieste agli infermieri sul territorio e dell'analisi della Rilevazione delle forze di lavoro Istat, grazie alla partnership Ipasvi-Istat, per comprendere dove lavorano gli infermieri, chi fa cosa e quali problemi ci sono nei vari settori.

Gli italiani apprezzano gli infermieri: l'84,7% dei cittadini dichiara di fidarsi di loro. Ad avere più fiducia sono gli ultrasessantacinquenni (90,1%), i residenti al Nord-Est (87,3%), le persone che vivono sole (89%), le famiglie con ultrasessantenni (84,7%), le famiglie con minori (82%).

Si fidano e si affidano agli infermieri

soprattutto quando fuori dell'ospedale hanno bisogno di assistenza: chi ha avuto difficoltà in questi anni ad avere continuità assistenziale sul territorio e a domicilio tramite il Servizio sanitario, e la possibilità di avere accesso tempestivo al momento del bisogno ad alcune prestazioni sanitarie, tra le quali quelle infermieristiche, senza passare dall'ospedale o da complicati meccanismi di accesso al pubblico, indica nel 53,8% dei casi come priorità quella di istituire la figura dell'infermiere convenzionato sul territorio, analoga a quella del medico di medicina generale, oppure dell'infermiere di famiglia organizzato dalla stessa azienda sanitaria locale.

Il 38,5% vorrebbe l'incardinamento della figura dell'infermiere nelle farmacie, il 19,8% l'abolizione del numero chiuso per l'accesso alle facoltà infermieristiche per aumentare l'offerta sui territori e il 16,3% l'inserimento di prestazioni infermieristiche in pacchetti assicurativi con buoni incentivi fiscali.

Gli italiani quindi chiedono di potenziare l'offerta di prestazioni infermieristiche sul territorio per i canali del Servizio sanitario e supportare le famiglie nell'acquisto privato, ad esempio tramite i meccanismi della mutualità e assicurativi.

È quanto emerge dalla ricerca Censis condotta nel 2016 per la Federazione nazionale dei Collegi Ipasvi sul "mercato delle prestazioni infermieristiche private e l'intermediazione tra domanda e offerta" che entra nel dettaglio rispetto alla prima analisi generale presentata sempre dal Censis nel 2015.

Nel 2016, oltre 12,6 milioni di italiani si sono rivolti a un infermiere privatamente pagando di tasca propria: 7,8 milioni per una prestazione una tantum, 2,3 milioni per avere assistenza prolungata nel tempo, 2,5 milioni per avere sia assistenza prolungata nel tempo sia prestazioni una tantum. Un mercato destinato a crescere per ragioni diverse quali la cronicità in aumento, i deficit del Servizio sanitario nell'assistenza territoriale e a domicilio.

Si sono rivolti privatamente a un infermiere pagando di tasca propria il 24,7% dei cittadini del Nord-ovest, il 16,9% del Nord-Est, il 19,2% del Centro ed il 32,8% del Sud-isole. Alta la domanda di prestazioni infermieristiche proveniente da famiglie con un non autosufficiente (920 mila), ma molto consistente quella pediatrica

con 2,5 milioni di famiglie con minori di cui 720 mila con bimbi fino a tre anni. Molto articolata la tipologia di prestazioni richieste: prelievi (31,5%), iniezioni (23,5%), assistenza in generale (15,4%), misurazione e registrazione di parametri e valori vitali (14,3%), medicazioni e bendaggi (13,5%), flebo, infusioni, perfusioni (13,4%), assistenza notturna (4,3%).

Il valore delle prestazioni infermieristiche erogate in un anno da infermieri è pari a 6,2 miliardi di euro. Per area geografica: 2,9 miliardi al Nord, 500 milioni al Centro e 2,8 miliardi al Sud-Isole.

Ma c'è anche un rovescio della medaglia. È cresciuto il sommerso nel welfare in generale, perché l'acquisto di servizi e prestazioni sanitarie, socio-sanitarie, formative, sociali in senso ampio si è moltiplicato per effetto dei tagli all'offerta pubblica e anche nel mercato infermieristico si registra un sommerso rilevante e crescente: 6,3 milioni di italiani hanno acquistato prestazioni al nero, senza fattura, di questi 4,7 milioni in toto e 1,6 milioni in parte. La spesa privata al nero vale 1,4 miliardi, di cui 455 milioni al Nord, 150 milioni al Centro e 820 milioni al Sud-isole. Il 49,8% degli acquirenti di prestazioni infermieristiche dichiara di averle pagate al nero (il 37,2% in toto e il 13% in parte), con una oscillazione tra il 40,4% al Nord, il 47,5% al Centro ed il 58,8% al Sud-Isole.

È importante capire, sottolinea il Censis, la non eccezionalità del sommerso dell'infermieristico, che è una variante del nuovo sommerso molto centrato in servizi e welfare.

E ancora per risparmiare, 24,2 milioni di italiani hanno ricevuto almeno una

prestazione infermieristica da una persona che non è infermiere. È l'area della inappropriata, amplissima e coperta da figure diversificate che si improvvisano infermieri per una o più prestazioni. 10,7 milioni di persone hanno fatto ricorso ai non infermieri al Nord, 5,3 milioni al Centro e 8,3 milioni al Sud-isole. Durante l'ultimo anno, ha ricevuto almeno una prestazione infermieristica da parente/conoscente il 31,1% dei cittadini, da Oss il 16,1% e da personale infermieristico non qualificato (es. badante) il 14% degli italiani. Fin qui la ricerca Censis. Il Centro studi della Federazione degli infermieri ha anche condotto un'ulteriore analisi in base ai dati Istat della rilevazione delle forze di lavoro, grazie alla partnership Ipsvi-Istat, per comprendere dove lavorano gli infermieri, chi fa cosa e quali problemi ci sono nei vari settori.

I dati più recenti dicono che gli "attivi" sono 371mila circa, i disoccupati poco più di 16mila. Chi lavora lo fa soprattutto negli ospedali (288mila), poi negli studi medici (31mila) e nelle strutture di assistenza residenziale (30mila). Circa 14mila infermieri lavorano in altri servizi di assistenza sanitaria, 4mila in strutture non residenziali e altri 4mila in altre attività economiche diverse dalla sanità.

Oltre il 96% degli attivi è dipendente, poco meno del 5% autonomo. La maggior parte (280mila) sono donne e il 66% degli attivi ha un'età compresa tra 35 e 54 anni, con il 36,5% che si concentra tra i 45 e i 54 anni.

Gli infermieri sono meno "precari" di altre professioni: il 6,1% contro il 15,9%, ma l'occupazione femminile che prevale su quella maschile è anche decisamente più precaria. Nelle altre

professioni le differenze nella quota di lavoro precario tra uomini e donne sono invece molto contenute.

E che la disoccupazione e la precarietà colpisca soprattutto i giovani, soprattutto per colpa dei blocchi del turn over nei servizi pubblici e per la difficoltà attuale ad accedere a una libera professione strutturata e organizzata, lo dimostrano le età medie degli infermieri: circa 45,5 anni per quelli "stabili" (ma nel Ssn l'età media aumenta a 49 anni e in alcune Regioni del Sud e in piano di rientro dove i blocchi al personale sono più rigidi, le differenze raggiungono anche 8 anni di età superando i 50), 31 anni per i precari.

Per i dipendenti la soluzione è quella ormai nota da anni: sblocco del turn over, stabilizzazione dei precari e riapertura delle assunzioni.

Per i liberi-professionisti le proposte emergono dalla ricerca Censis, con soluzioni che consentano agli infermieri, in particolare i più giovani, di fronteggiare l'erosione dell'occupabilità della professione cogliendo le opportunità di mercati in espansione, senza cadere nella subordinazione nei confronti di operatori dell'intermediazione tra domanda e offerta.

Occorre quindi un'intermediazione amica: o espressione del protagonismo di infermieri e/o soggetti del mondo infermieristico, o evoluta nel puntare non solo sul low cost tariffario, ma sulla qualità e personalizzazione delle prestazioni. Non è un mercato per infermieri singoli, per il lavoro autonomo individuale, per la microimprenditorialità personale, che non può che far capo ai soggetti dell'intermediazione capaci di far incontrare domanda e offerta, di contenere le tariffe col gio-

co dei grandi volumi, di ridurre i costi amministrativi e di marketing essenziali per posizionarsi sul mercato. A poco servirà secondo il Censis promuovere la cultura imprenditoriale e del lavoro autonomo tra gli infermieri, senza soluzioni virtuose sul tema dell'intermediazione.

L'intermediazione è ben vista dai cittadini perché è una risposta efficace alle difficoltà generate dall'estrema frammentazione di domanda e offerta che rende non facile l'incontro tra le due lame della forbice sul mercato e, soprattutto, rende non facile avere soluzioni tempestive, just in time, quando il bisogno del paziente è impellente.

Dalla ricerca emerge che le soluzioni dovranno avere almeno due aspetti: un protagonismo di cultura e professione infermieristica, cioè niente subalternità con altri e un intelligente utilizzo del digitale come strumento che scardina l'intermediazione tradizionale.

Mangiacavalli (presidente Federazione Ipsavi): le carenze e le possibili soluzioni

La carenza è evidente, così come lo è la situazione difficile a livello generale, ma sicuramente a rischio nelle Regioni in piano di rientro, che rappresentano, ormai a livello di popolazione, oltre il 47% dei cittadini italiani. L'analisi dei dati rende evidente anche il gap sempre maggiore che esiste, perfino tra queste stesse Regioni, tra Nord e Sud e dal nostro punto di vista scatta un doppio allarme.

Il primo riguarda proprio i cittadini: studi internazionali hanno dimostrato che la mortalità aumenta con il diminuire degli organici infermieristici e in particolare un minor carico di pazienti

per singolo infermiere permette la riduzione della mortalità dei pazienti del -20%, se si portano da 10 a 6 i pazienti totali affidati a un singolo infermiere. E la situazione nel nostro Paese non è ottimale, con una media di 12 pazienti per infermiere, alcune Regioni (in piano di rientro) dove si raggiungono anche i 18 pazienti e solo cinque dove si hanno meno di 10 pazienti per infermiere dipendente.

Il secondo riguarda i professionisti, ma anche, ancora, i pazienti: turni massacranti si traducono in disturbi del sonno, problemi digestivi, stress, aumento di peso, malattie dell'apparato gastroenterico, effetti sulla sfera psicoaffettiva e disturbi cardiovascolari con un aumento del 40% del rischio di malattie coronariche. Ma i danni più subdoli sono quelli ai pazienti che del Servizio sanitario hanno fiducia: la ridotta vigilanza può portare a errori clinici che possono compromettere il benessere del paziente. In uno studio relativo alle ore di lavoro degli infermieri per la sicurezza del paziente, i rischi di errori e gli errori sono aumentati quando gli infermieri hanno svolto turni straordinari oltre le 12 ore, incrementando 3 volte il rischio di cadere in errore e più del doppio il rischio di incorrere in un quasi-errore.

Appare evidente quindi che lo sblocco del turno e il reintegro degli organici non è più solo una richiesta legata all'organizzazione del lavoro, ma un'esigenza di salute sia per i cittadini che per gli operatori.

In questo senso un primo passo potrebbe essere, ad esempio, quello di assumere almeno 10mila unità in part time al 50%: servirebbero a garantire l'effettiva copertura di organici rispet-

to agli attuali part time, consentirebbero di cominciare a formare nuove leve di professionisti riavviando il ricambio generazionale e avrebbero sicuramente costi inferiori nell'immediato a unità di personale full time.

Un "placebo" possibile per alleggerire, seppure momentaneamente e non in via definitiva, la situazione estrema nelle Regioni in piano di rientro sarebbe la mobilità volontaria che la legge - il decreto legislativo 90/2014, cosiddetta riforma della PA - concede, ma che aziende e Regioni "bloccano" non rilasciando i necessari nulla osta. A richiederla sono soprattutto le Regioni del Sud commissariate e ad aderire sarebbero gli infermieri di quelle stesse Regioni che, per esigenze lavorative, sono ormai da anni anche a migliaia di chilometri da casa, ma in questo modo non riescono ad aprire la via del ritorno. Nelle condizioni attuali del Servizio sanitario nazionale, le Regioni che ancora hanno un organico ai limiti dei requisiti organizzativi, fanno di tutto per mantenerlo tale e, quindi, rifiutano o quantomeno ignorano le domande di nulla osta per la mobilità. Al contrario, appunto, le Regioni sotto organico per i ripetuti blocchi di turn over tentano di incrementarlo, cercando soluzioni proprio con i bandi di mobilità extra-regionali.

Il nuovo contratto potrebbe dare soluzioni di qualche tipo alla questione della mobilità, anche se non immediate e comunque, a monte, resterebbero da risolvere tutti i problemi di organico nelle Regioni alle quali resterebbe il potere di nulla osta.

Poi ci sono altri passi importanti da compiere all'interno dell'attuale forza lavoro, come la stabilizzazione dei

precari: per gli infermieri si tratta di almeno 11 mila unità di cui poco più di 9 mila sono gli infermieri a tempo determinato.

Per quanto riguarda il territorio le ipotesi sono già contenute nelle risposte stesse che i cittadini hanno dato all'indagine Censis.

L'analisi dei risultati della ricerca, quindi, apre la strada a soluzioni che consentano agli infermieri, in particolare i più giovani, di fronteggiare l'erosione dell'occupabilità della professione cogliendo le innegabili opportunità di mercati in espansione, senza cadere nella subordinazione nei confronti di operatori dell'intermediazione già in movimento e capaci di utilizzare a proprio beneficio la potenza della propria funzione di "accoppiamento" tra domanda e offerta: occorre una intermediazione amica, cioè o espressione del protagonismo di infermieri e/o soggetti del mondo infermieristico o comunque evoluta nel puntare non solo sul low cost tariffario ma sulla qualità e personalizzazione delle prestazioni.

Al di là delle pratiche semilegali e a volte illegali di alcuni intermediari, di una imprenditorialità che estrae valore crescente schiacciando la remunerazione degli infermieri, è però lo stato reale del mercato, con le caratteristiche di domanda e offerta di prestazioni infermieristiche, a generare il potere contrattuale degli intermediari. Per questo grandi operatori, capaci di gestire quote elevate di scambi di prestazioni annue, possono comunque puntare a ridurre le tariffe delle prestazioni, contando sul valore legato ai grandi volumi. E l'esito non potrà che essere la riduzione della remunerazione degli infermieri, come accade

in ogni mercato di compravendita di servizi e prestazioni. Anche se l'intermediario è per gli infermieri garanzia di reperimento di un portafoglio clienti, di abbattimento di tempi e costi di autopromozione e di gestione amministrativa, è però troppo penalizzante il taglio delle remunerazioni e le negative condizioni di lavoro. Le retribuzioni crollano verso un valore medio di circa 7 euro l'ora e per alcune tipologie di prestazioni la quota dell'intermediario può arrivare addirittura ai due terzi del costo della prestazione per il cliente.

Le soluzioni che saranno attivate dovranno misurarsi con il cuore del problema: il mercato frammentato genera una domanda di matching (accoppiamento, appunto) che rende alto il potere contrattuale di chi la esercita, consentendogli di spremere valore dagli infermieri ai quali garantisce le prestazioni da erogare.

Dalla ricerca Censis emerge che le soluzioni dovranno sicuramente avere almeno due aspetti: un protagonismo di cultura e professione infermieristica e un intelligente utilizzo del digitale come strumento che scardina l'intermediazione tradizionale. Sul digitale però è indispensabile accelerare la messa in campo di soluzioni efficaci, altrimenti è alto il rischio per gli infermieri nel privato di passare da una intermediazione quasi premoderna come quella rilevata dalla presente ricerca ad una neointermediazione digitale con tutte le penalità emerse in altri settori dei servizi, da monopoli inscalfibili a indefinite piattaforme collaborative che concentrano il valore sugli intermediari digitali e schiacciano redditi e condizioni di lavoro degli altri.

Il sommerso nel mercato delle presta-

zioni infermieristiche, invece, non ha carattere di eccezionalità, anche se va professionalmente e fiscalmente evitato e le soluzioni fin qui illustrate sono una strada per farlo: è una delle componenti dell'elevato e crescente sommerso di welfare, a sua volta parte integrante del nuovo sommerso di servizi e prestazioni su cui affluisce parte della bolla del risparmio delle famiglie italiane. Di fronte ad un bisogno stringente che non trova soluzioni adeguate nel pubblico, se non altro per tempi di accesso troppo lunghi, gli italiani utilizzano la flessibilità e rapidità di accesso che le risorse di cui dispongono gli consente. Per questo si muovono veloci, molto spesso tramite canali informali, e trovano un infermiere che reputano bravo (o chi giudicano in grado di erogare una prestazione infermieristica, rischiando in questo caso danni peggiori alla salute per mancanza di professionalità e qualità della prestazione), perché esperto e magari già occupato nel pubblico, e in quasi la metà dei casi dichiarano esplicitamente di avere concordato un pagamento in toto o in parte in nero.

È un modo per avere l'infermiere di cui si ha bisogno, spesso quello di propria fiducia, a tariffe convenienti, tagliate del carico fiscale. È l'equilibrio spontaneo di domanda e offerta di prestazioni infermieristiche che utilizza il sommerso per sanare gli squilibri del mercato ufficiale. Niente di eccezionale o di patologicamente specifico del mercato privato delle prestazioni infermieristiche, ma solo una variante del fenomeno cardine del nostro tempo: il nuovo sommerso. Per consultare gli allegati: www.ipasvi.it. ■

IX Rapporto Favo

Per un farmaco antitumorale attese di oltre 2 anni. Infermieri pronti ad assistere

a cura della Redazione Nazionale



Il giorno 18 maggio 2017 è stato presentato il IX Rapporto Favo sulla condizione assistenziale dei pazienti oncologici.

Mangiacavalli (Ipasvi): "I pazienti oncologici sono argomento prioritario per noi infermieri". E annuncia l'avvio da parte della Federazione della Consulta delle associazioni dei pazienti.

I pazienti oncologici italiani attendono in media 806 giorni, cioè 2,2 anni, per accedere a un farmaco anti-cancro innovativo. È il tempo che trascorre fra il deposito del dossier di autorizzazione e valutazione presso l'Agenzia Europea dei Medicinali (EMA) e l'effettiva disponibilità di una nuova terapia nel-

la prima Regione italiana. Un termine che può dilatarsi fino a tre anni (1.074 giorni) se si considera l'ultima Regione in cui il farmaco viene messo a disposizione. Non solo.

Ai lunghi tempi di attesa talvolta si accompagna la cosiddetta "tossicità finanziaria", cioè la crisi economica individuale conseguente al cancro e alle sue cure, problema noto da diversi anni negli Stati Uniti e che comincia a interessare anche i malati nel nostro Paese. Questa condizione tocca infatti il 22,5% dei pazienti italiani, che presentano anche un rischio di morte del 20% più alto rispetto alle persone colpite dal cancro, ma senza problemi



economici. La denuncia è contenuta nel *IX Rapporto sulla condizione assistenziale dei pazienti oncologici*, presentato oggi al Senato nel corso della *XII Giornata del malato oncologico*, organizzata da FAVO (Federazione italiana delle Associazioni di Volontariato in Oncologia).

“La spesa per i farmaci oncologici è passata da poco più di un miliardo di euro nel 2007 a oltre tre miliardi nel 2014 - spiega Francesco De Lorenzo, presidente FAVO. Nel suo complesso, l'oncologia rappresenta una delle voci più rilevanti per il Servizio Sanitario Nazionale: per la prima volta, nel 2014, la spesa per i farmaci antineoplastici si è, infatti, collocata al primo posto. I dati

rappresentano una realtà che mal si concilia con le attuali politiche sanitarie di vero e proprio ‘definanziamento’ del Sistema Sanitario Nazionale. Pur crescendo in valori assoluti, le risorse messe a disposizione, infatti, risultano progressivamente sempre più insufficienti per dare risposte concrete alla domanda di assistenza. Il desiderio legittimo dei malati di accedere all’innovazione si scontra, dunque, con la finitezza delle risorse”.

“In Italia esiste anche un problema di difficoltà economica per chi è colpito dal cancro che si traduce in uno svantaggio nel perseguire un miglioramento della qualità della vita con i farmaci antitumorali - continua Elisabetta

Iannelli, Segretario FAVO. Inoltre, una quota rilevante di pazienti vede peggiorare la propria crisi finanziaria durante la terapia: si tratta di un segnale predittivo di un maggior rischio di mortalità nei mesi e anni successivi". Uno studio condotto dall'Istituto Nazionale per lo Studio e la Cura dei Tumori Fondazione 'G. Pascale' di Napoli e pubblicato su *Annals of Oncology* ha selezionato tutte le sperimentazioni le cui analisi principali fossero già state pubblicate e in cui fosse stato utilizzato il questionario EORTC C30 (frequentemente utilizzato per misurare la qualità della vita dei pazienti affetti da cancro). Sono state valutate 16 sperimentazioni condotte tra il 1999 e il 2015, a cui hanno partecipato 3.760 pazienti, affetti da tumori del polmone, della mammella o dell'ovaio.

"Il volontariato oncologico - sottolinea De Lorenzo, che è anche presidente della *European Cancer Patient Coalition* (ECPC) - ha portato avanti le sue battaglie per un migliore accesso ai farmaci e per l'introduzione di nuovi criteri di gestione delle politiche del farmaco sui due livelli istituzionali, italiano ed europeo, ritenendo ormai impossibile confinare la ricerca di soluzioni al solo ambito nazionale. L'orizzonte dell'impegno delle Associazioni dei malati è rappresentato dalla diffusione e dal consolidamento dell'*Health Technology Assessment*, (HTA), uno strumento di valutazione multidimensionale e multidisciplinare per l'analisi delle diverse implicazioni di una tecnologia sanitaria attraverso la valutazione di più dimensioni quali l'efficacia, la sicurezza, i costi, l'impatto sociale e organizzativo". Già nel 2016, il volontariato oncologico aveva

ottenuto un importante risultato: in occasione dell'approvazione di una serie di emendamenti al Regolamento dell'EMA è stato introdotto il principio della valutazione dei farmaci attraverso l'HTA parallela a quella tradizionale della sola efficacia clinica.

"Il Rapporto Favo, presentato in occasione della XII Giornata nazionale del malato oncologico, è da un lato una buona notizia, perché indica che dal cancro si può guarire, ma dall'altro una fonte di problematicità mettendo in risalto, dati alla mano, tutte le pecche di un'assistenza che nel caso dell'oncologia non dovrebbero esistere, dai tempi biblici per l'introduzione di un nuovo farmaco, alla creazione di Reti di mobile-health da cui per ora si ricavano solo alcuni esempi virtuosi".

"Per noi infermieri - aggiunge Barbara Mangiacavalli - l'argomento è sicuramente prioritario e in questo senso offriamo la nostra collaborazione per le prossime edizioni: il nostro codice deontologico in vigore, ma anche il nuovo, in via di definizione, che lo sostituirà parla chiaro quando prescrive come ogni nostro professionista si attivi per prevenire e contrastare il dolore e alleviare la sofferenza. Si adopera affinché l'assistito riceva tutti i trattamenti necessari, una regola per chi ogni giorno si coordina per aiutare i malati".

"E in questo senso e per dare supporto ai nostri assistiti - annuncia Mangiacavalli - la Federazione Ispasvi ha creato una specifica Consulta delle associazioni dei pazienti, che avrà tra qualche giorno la sua prima riunione. L'intento è di favorire il confronto e la crescita culturale sulle tematiche di interesse per la professione infermieristica sviluppando la collaborazione ed

il coordinamento fra le varie realtà di rappresentanza degli assistiti. La Consulta è, quindi, un luogo di confronto e di comunicazione tra la Federazione Ipasvi e le associazioni dei pazienti, in cui sono discussi temi di rilevanza per la professione infermieristica e per i cittadini. È un organismo consultivo a cui potranno partecipare le Associazioni dei pazienti, di volontariato e di tutela e di promozione sociale, che operano nel settore sanitario, socio sanitario o in settori attinenti alla promozione della salute”.

Secondo la presidente Ipasvi “non c’è momento più forte nell’assistenza ai malati di quello delle cure oncologiche, spesso palliative, in cui gli infermieri mettono in campo, oltre le loro competenze cliniche, la capacità di caring, di prendersi cura non solo del paziente, ma di tutta la sua famiglia che con lui vive questi momenti drammatici, di prendersi cura della persona nella sua globalità (anche sociale) e autonomia. L’attenzione si focalizza sull’individuo piuttosto che sulla malattia, per privilegiare la qualità della vita.

Per questo è essenziale e propedeutico alla professione stessa, che gli infermieri imparino a riconoscere oltre a quelli clinici, anche i bisogni assistenziali ed emotivi dei pazienti e delle loro famiglie, sappiano affrontare il dolore e sappiano gestire il prima, il durante, ma anche il “dopo”, rispetto a problematiche diverse da quelle dell’assistenza in acuzie e in post-acuzie. E per questo è indispensabile, dati anche i risultati sull’informazione che il paziente ha dei suoi diritti e delle sue possibilità di cura, che gli infermieri siano coinvolti in prima persona, oltre che nell’assistenza, anche nell’informa-

zione e nell’educazione ai malati che soffrono”.

“Noi infermieri - prosegue Mangiacavalli - sappiamo ascoltare i pazienti, li sappiamo capire e li aiutiamo, oltre che dal punto di vista clinico, anche da quello psicologico che in momenti di grave criticità rappresenta una componente essenziale dell’assistenza. E siamo, vogliamo e chiediamo di essere coinvolti in prima persona nell’assistenza a tutto campo dei malati di tumore come espressione del necessario, anzi direi ormai indispensabile, insostituibile e ineludibile lavoro in team, priorità per ogni professionista dedicato ad affrontare accanto ai pazienti il loro dolore, con l’unico obiettivo da raggiungere ben identificato nel benessere del malato, che va anche al di là del momento dell’acuzie e dell’emergenza.

La cultura del sollievo è non solo una necessità, ma un dovere morale e fare sì che essa si propaghi e venga compresa è un compito non solo meritorio dal punto di vista umano, ma professionalmente caratterizzante per chi, come gli infermieri, ha deciso di dedicare la sua vita al prendersi cura”.

“Si tratta - conclude - di essere in prima linea nell’assistenza ai pazienti più fragili, quelli che di più richiedono aiuto, che sopportano la maggiore sofferenza, focalizzando l’attenzione sull’individuo, piuttosto che sulla malattia, per privilegiare la sua qualità della vita. Avendo come presupposto che la sofferenza non è inevitabile, dobbiamo fare sempre di tutto per comprendere come questa possa essere maggiormente tollerabile in termini di qualità di vita anche quando e se non è più completamente risolvibile”. ■

5° Mass Casualty Management for Nurses

Israele 12-22 Febbraio 2017

a cura di Angelo Agostini, Coordinatore Progetto



Lo scorso 12 febbraio, presso il Chaim Sheba Medical Center di Tel Ashomer - Tel Aviv ha avuto inizio il 5° corso: "Mass Casualty Management for Nurses" organizzato dal Collegio IPASVI di Bergamo e da Israel National Center for Trauma and Emergency Medicine Research - Gertner Institute for Epidemiology and Health Policy Research.

Il gruppo dei Corsisti era composto da Infermieri e Medici provenienti da varie regioni e per la maggior parte operanti in Dipartimenti di Emergenza, Terapie Intensive e servizio territoriale dell'Emergenza (112/118).

Le lezioni hanno avuto luogo presso il Gertner Institute for Epidemiology and Health Policy Research e hanno visto una combinazione di lezioni frontali, simulazioni ed esercitazioni, oltre che a visite guidate a reparti di degenza, Dipartimenti di Emergenza pediatrico e Generale, Centro Grandi Ustionati, Terapie Intensive, ed Ospedali (Brazilai Hospital ad Ashchelon a ridosso della striscia di Gaza). Sono state introdotte definizioni e linee guida relative alle Mass Casualty Event (MCE), con una approfondita panoramica sui punti chiave: approccio, principi e dati sensibili, obiettivi, modalità di suddivisio-

ne dei pazienti, importanza del Triage extra ed intraospedaliero, passi organizzativi da attuare per gestire correttamente una MCE, ruolo e gestione medico/infermieristica nel dipartimento d'emergenza, con l'introduzione di concetti innovativi quali "Triage Hospital". Particolare enfasi è stata data all'importanza del team: significato profondo del lavoro di squadra, trauma team e suo "schieramento" intorno al malato, costruzione di modelli efficaci e di soluzioni percorribili.

Il Prof. Kobi Peleg, direttore dell'Israel National Center for Trauma and Emergency Medicine Research e Responsabile del Registro Trauma Israeliano, ha presentato diverse relazioni sui principi che regolano l'approccio ad un Mass Casualty Event: le ragioni delle scelte adottate in Israele e l'importanza della flessibilità nell'applicazione dei protocolli, mantenendo fermi i principi operativi.

Il concetto più volte espresso ed enfatizzato è stato di "Agire per Principi e non sempre e comunque per Protocolli". In contesti fortemente destrutturati, chi coordina deve essere capace di adattare, se necessario, i protocolli alla situazione contingente, per meglio rispondere alle problematiche presenti sullo scenario.

Per cui Organizzazione, Comando, Controllo, Comunicazioni e Coordinamento, sono stati indicati quali gli elementi più efficaci nel gestire situazioni quali una MCE. Tutto ciò associato ad una seria, pragmatica e periodica revisione dei protocolli operativi con briefing efficaci e condivisione delle "Lessons Learned" dai diversi Eventi poi condivise con tutti gli interlocutori coinvolti egli altri presidi ed Enti.

A Petah Tikva, presso la Sede Nazionale del Magen David Adom (MDA) - l'equivalente del SSUEm 112/118 italiano - Guy Caspi, Responsabile Nazionale della formazione ai Mass Casualty Incident, ha presentato la filosofia d'intervento, la struttura, le funzioni, l'organizzazione ed in particolare le procedure di risposta adottate dal MDA in caso Evento Maggiore e di atto terroristico. Particolare rilievo è stato dato a quelle che vengono considerate le caratteristiche vincenti del sistema: *first responder*, Capacità di Accumulo delle Risorse, Comunicazioni, Informatizzazione, con integrazione Regionale e Nazionale dei dati in tempo reale e con una sistematica rivalutazione del tempo di risposta a mezzo elaborazione statistica dei dati, incrociati per area, tipo di patologia.

Una Visita estremamente interessante è risultata essere quella al Centro Trasfusionale dello Sheba Medical Center, che ricordiamo essere il più grande Ospedale di Israele (2.000 posti letto fra acuti e riabilitazione) e del Medio Oriente, che ha permesso di affrontare il tema della gestione del sangue in caso di MCE. Il sangue e suoi derivati hanno un'importanza fondamentale nella gestione di traumi gravi, ma, a maggior ragione, negli Eventi Maggiori che vedono decine se non centinaia di pazienti potenzialmente coinvolti. Le problematiche sono numerose ed articolate. Quali i rischi in un massiccio afflusso di feriti? Quali scelte si impongono? Quali strategie adottare? Tipizzare tutti i pazienti potenzialmente a rischio? Quante scorte sono necessarie? Quale Interazione e Coordinamento sono necessari per rispondere adeguatamente alle richieste contem-



poranee e da più Ospedali? Quale e quanto personale deve essere presente presso il Centro Trasfusionale e nel Dipartimento di Emergenza? Per fare cosa? Servono macchinari di back-up? Comunicazioni?

Particolare enfasi è stata attribuita alla raccolta dati che risulta essere un elemento fondamentale. Si consideri che il "Trauma", nei paesi occidentali, è la principale causa di morte nei pazienti con età inferiore ai 40 anni, con costi sanitari e sociali estremamente gravosi. Partendo da una suddivisione delle scale di punteggio in anatomiche e fisiologiche è stata posta particolare rilievo all'importanza di raccogliere ed integrare i dati dei pazienti traumatizzati che vengono Ospedalizzati, quale che sia la causa del trauma, in un Registro Trauma Nazionale. Si tenga presente che in Italia, benché se ne parli da oltre 20 anni, non esiste un Registro

Trauma. Israele ha un Registro Traumi attivo dal 1997. Un data base nazionale registra, per ciascun paziente traumatizzato ricoverato, oltre 200 voci, che includono informazioni demografiche, tipo di lesioni, diagnosi, indicatori di gravità, cause di lesione, trattamento diagnostico e terapeutico, utilizzo delle risorse ospedaliere, out come.

Ciò che è apparso chiaro ai corsisti è il messaggio: *"Chi ha le informazioni ha il Potere"*. Le informazioni si traducono in controllo di qualità, in verifica di efficienza dei reparti e di chi li dirige, permettono una verifica dei processi intrapresi, determinano il miglioramento delle prestazioni e consentono un supporto, in termini di investimenti e risorse, di quelle aree operative che risultano deficitarie (o possono consentire dei tagli dove necessario). Nei sistemi sanitari come quelli occidentali, dove i rimborsi economici vengono

erogati in base alle patologie (DRG), misurare è la chiave del problema, avere una chiara immagine della situazione permette l'ottimizzazione dei costi e degli investimenti, dando supporto all'orientamento della politica sanitaria nazionale. Senza dati non è possibile decidere obiettivamente le strategie e le politiche idonee a fornire una risposta efficace ai problemi.

Entusiasmo ed interesse ha suscitato la visita al centro di simulazione nazionale (Israel Center for Medical Simulation - MSR), inaugurato nel 2001 per introdurre standard ed approcci innovativi relativi a training alla risposta sanitaria ai più diversi scenari. Il centro risulta essere uno dei più avanzati e sofisticati a livello mondiale e riconosciuto come centro di riferimento per la realizzazione di centri di simulazione, in particolare negli Stati Uniti e nei paesi anglosassoni. Utilizzato sia per personale militare che civile, ha visto molte decine di migliaia di allievi; di questi più del 50% come team, complessivamente suddivisi in: 40% personale medico, 30% personale infermieristico, 30% Paramedici (MDA).

Sono state realizzate inoltre due esercitazioni guidate, una "table top" relativa alla gestione dei pazienti all'interno del Dipartimento di Emergenza ed una relativa ad un afflusso di feriti con esecuzione di Triage all'esterno del Dipartimento d'Emergenza con successiva destinazione dei pazienti stessi. I corsisti sono stati coinvolti e chiamati a ricoprire i diversi ruoli da Trauma Coordinator a Triage Officer, a chirurgo responsabile di turno. Sono state identificate le aree di trattamento e qui destinate le diverse equipe, in meno di mezz'ora oltre 20 simulanti hanno avuto

accesso. Ciascun ruolo chiave aveva presente un osservatore che ha seguito l'intero svolgersi dell'esercitazione. Al termine si è svolta una ricostruzione precisa dell'evento, con il coinvolgimento delle varie figure professionali, e l'analisi di ciascun passo significativo.

Conclusioni

La possibilità di confrontarsi con esperti ma anche con Infermieri, Paramedici e Medici che normalmente operano nelle diverse realtà lavorative, su un tema importante e attuale è risultato estremamente stimolante e professionalmente gratificante. La nostra attuale realtà è purtroppo condizionata da due fattori che al momento sembrano essere costanti: il rischio di atti terroristici è reale e rimarrà tale ancora per molti anni, l'attuale capacità di risposta a simili ma anche ad Eventi Maggiori, non necessariamente terroristici, di una larga parte degli ospedali italiani, è scarsa e manca di omogeneità a livello nazionale.

Questo corso può essere una delle risposte percorribili, non per fotocopiare e trasferire macro sistemi, ma per mutuare scelte, aspetti, particolari e soprattutto per apprendere un modo di pensare i termini del problema ed adattarli alla realtà sanitaria italiana.

L'accordo sottoscritto nel 2008 e l'esecuzione di corsi dedicati, premia in termini sostanziali un progetto fortemente voluto, riconoscendone la validità degli obiettivi e le modalità di attuazione.

Il Collegio IPASVI di Bergamo viene accreditato quale interlocutore affidabile e privilegiato da alcuni fra i centri di eccellenza della Sanità Israeliana. ■

Empatia, colori e voglia di vivere alla prima "Camminata IN. COL.LE. INfermieri COn La LEsch-Nyhan"

a cura del Consiglio Direttivo e i Revisori dei Conti del Collegio IPASVI di Bergamo



Il Collegio IPASVI di Bergamo, in occasione della Giornata Internazionale degli Infermieri, in collaborazione con LND Famiglie Italiane ONLUS - l'Associazione delle famiglie italiane impegnate nella lotta contro la Sindrome di Lesch-Nyhan - e con l'Associazione Sportiva Carvico Skyrunning ASD, ha organizzato la "Camminata IN. COL.LE. - INfermieri COn La LEsch", quale momento di aggregazione finalizzato alla promozione della salute, domenica 14 maggio 2017 presso il Monte Canto.

Numerosa la partecipazione all'evento: presenti più di cento persone fra

infermieri, appartenenti alle due associazioni, simpatizzanti e tanti bambini. I numerosi partecipanti hanno indossato il gadget consegnato alla partenza, una maglietta blu dedicata alla camminata e alla collaborazione fra il Collegio e le due associazioni, che ha reso riconoscibile il folto gruppo.

La camminata si è svolta in uno scenario incantevole di prati e boschi allietata dalla presenza del primo sole caldo di maggio.

I ragazzi e le famiglie della LND Famiglie Italiane ONLUS hanno accompagnato il gruppo alla partenza della camminata e lo hanno poi raggiunto al



Bergamo, Dott.ssa Beatrice Mazzoleni, ha affermato: "Come Infermieri di Bergamo vogliamo sostenere l'Associazione delle famiglie italiane impegnate nella lotta contro la Sindrome di Lesch-Nyhan con una donazione concreta di fondi": il Collegio IPASVI di Bergamo, oltre al ricavato della camminata, ha infatti donato 2.000 euro.

ristoro intermedio e al rinfresco finale. I partecipanti hanno avuto l'onore di accompagnare una signora sul percorso con la K-bike, una particolare carrozzina adibita a portare su sentieri persone diversamente abili.

La giornata è stata emozionante e ricca di momenti di condivisione.

L'intero ricavato della camminata è stato devoluto all'Associazione Famiglie Lesch-Nyhan: una malattia rarissima che impegna in una sfida quotidiana. RARI NON VUOL DIRE SOLI.

La Presidente del Collegio IPASVI di

La Vice Presidente dell'Associazione LND Cristina Calbucci, ringraziando il Collegio IPASVI di Bergamo e i partecipanti, ha affermato: "Questi fondi sono preziosi per aiutare le 38 famiglie italiane LND nel proprio territorio e per finanziare la ricerca" e ha auspicato la continuazione della collaborazione con il Collegio IPASVI di Bergamo e la Carvico Skyrunning ASD.

Il Collegio IPASVI di Bergamo ringrazia i partecipanti e, a nome di tutti gli infermieri, rinnova la promessa:

"lo infermiere mi curo di te" ■



Biotestamento

Audizione Ipasvi in commissione Igiene e Sanità al Senato

a cura della Redazione Nazionale



Audizione Ipasvi in Commissione Igiene e Sanità al Senato il 16 maggio 2017 sul biotestamento.

La vicepresidente della Federazione nazionale, Maria Adele Schirru, ha illustrato ai parlamentari la posizione di Ipasvi, sottolineando la necessità che gli infermieri vengano coinvolti maggiormente per il loro ruolo di vicinanza coi pazienti nei momenti più difficili.

Schirru ha evidenziato che l'équipe sanitaria è citata in realtà nel testo solo per le attività che sono sue proprie di assistenza, mentre la figura dell'infermiere potrebbe avere un ruolo maggiore proprio nel momento in cui si devono prendere decisioni difficili, ma-

gari senza che il paziente possa confermare o meno le sue volontà.

“Dare appropriatezza al percorso assistenziale che l'infermiere compie di fronte a questi malati - ha concluso Schirru - è non solo la manifestazione più evidente del suo dovere professionale, ma anche di quello morale che ha deciso di fare proprio nel momento stesso in cui ha scelto la professione: rendere testimonianza e partecipare a scelte importanti come quelle previste nel Ddl è la naturale evoluzione della professione”.

Di seguito il testo dell'audizione.

“L'assistenza al paziente nel fine vita, la terapia del dolore e l'informazione

al paziente sulle terapie in corso e sulle sue condizioni cliniche rientrano nei compiti degli infermieri che ne hanno previsto una regolamentazione etica anche loro Codice deontologico.

Nel nuovo Codice, per il quale è in corso una consultazione pubblica tra gli infermieri che garantisca trasparenza e pluralità, è previsto un capitolo specifico per il fine vita, ma già nel Codice ora in vigore sono scritte chiaramente le responsabilità etiche dell'infermiere. Il Codice infatti prevede che l'infermiere si attivi per prevenire e contrastare il dolore e alleviare la sofferenza. Si adopera affinché l'assistito riceva tutti i trattamenti necessari; presta assistenza qualunque sia la condizione clinica e fino al termine della vita all'assistito, riconoscendo l'importanza della palliazione e del conforto ambientale, fisico, psicologico, relazionale, spirituale; tutela la volontà dell'assistito di porre dei limiti agli interventi che non siano proporzionati alla sua condizione clinica e coerenti con la concezione da lui espressa della qualità di vita; quando l'assistito non è in grado di manifestare la propria volontà, tiene conto di quanto da lui chiaramente espresso in precedenza e documentato gli infermieri mancano nel Ddl sul biotestamento. Il disegno di legge sul biotestamento approvato dalla Camera cita, per ora, proprio nei settori specifici di questa materia solo il medico come figura sanitaria da coinvolgere nelle decisioni del paziente. Questo per la sua relazione peculiare con il paziente nel momento in cui deve indicare la diagnosi, la prognosi e le possibilità terapeutiche a cui le scelte del paziente possono essere collegate. Ma accanto al malato non ci sono solo medici: l'assistenza è effet-

tuata da una serie di figure professionalmente importanti, che lo prendono in carico dal momento della diagnosi e per tutto l'iter correlato alla patologia e ai bisogni che ne derivano, fino alle cure palliative. La senatrice Annalisa Silvestro, componente del Comitato centrale Ispasvi, ha già a suo tempo indicato tre punti peculiari che, secondo la nostra Federazione, il disegno di legge dovrebbe prevedere.

La relazione peculiare del medico con il paziente per dare compiute informazioni sulla diagnosi, la prognosi, le terapie e i conseguenti effetti sono un atto naturale, ma sarebbe necessario:

- inserire in diversi punti dell'articolato - riferiti naturalmente non alle attività quotidiane normali, ma a quelle proprie della materia del Ddl - il riferimento all'"équipe assistenziale" e ai "componenti dell'équipe assistenziale" altrimenti mai citati nel testo;
- completare l'indicazione generica di "formazione del personale" inserendo la dizione "formazione del personale sanitario e del personale di supporto all'assistenza sanitaria";
- prevedere che anche "il tempo della comunicazione tra paziente e componenti dell'équipe assistenziale costituisce tempo di cura" come già indicato nel testo per il tempo della comunicazione tra medico e paziente.

Attualmente l'équipe sanitaria è citata sì, ma solo solo negli articoli che riguardano la normale assistenza al paziente. Cosa questa che già oggi accade nelle situazioni sia di normalità che di emergenza come cita anche il Ddl. Già oggi medico ed équipe sono tenuti a informare il paziente, a seguire le sue volontà espresse. Ma ad esempio ci si riferisce solo a ciò che è stato espresso

al medico in caso di urgenza e il paziente non possa esprimere il proprio consenso o sia in una condizione di incapacità.

Riferimenti all'équipe sanitaria e specifici riferimenti alle competenze dei singoli partecipanti a essa, così come avviene per il medico, dovrebbero invece essere inseriti negli articoli che più direttamente riguardano la Dat e le volontà da esprimere nel fine vita.

Uno dei nodi più delicati da sciogliere del Ddl è proprio quello delle Dat, le disposizioni anticipate di trattamento. Il Ddl prevede infatti una serie di regole a tutela della scelta del paziente o del suo fiduciario, indica la necessità di redigere un atto scritto che testimoni la volontà del paziente o anche una registrazione in caso di impossibilità. Prevede le responsabilità in caso di minori o di persone non in grado di intendere e di volere, indica la necessità di testimoni che confermino le volontà, ma dice anche che "entro 60 giorni dall'entrata in vigore della legge il Ministero della Salute, le Regioni e le aziende sanitarie provvedono a dare le necessarie informazioni circa la possibilità di redigere le DAT", trasformando un argomento di estrema delicatezza in un atto quasi amministrativo che toglie di fatto al Parlamento una

parte importante della normazione in materia.

In realtà si dovrebbero prevedere anche altre indicazioni.

Sarebbe il caso di normare la necessità di un controllo (attraverso una commissione terza) delle reali condizioni del paziente, onde evitare certificati che non rispondano interamente alle condizioni di chi esprime le volontà.

Altrettanto è necessario, secondo noi, che del consenso facciano parte le testimonianze di chi ha seguito il paziente nella sua storia clinica, non limitando la scelta alle cognizioni della famiglia o dello stesso medico. Questo perché l'evoluzione di una patologia contiene numerose sfaccettature e numerosi momenti in cui il paziente può essere più o meno consapevole delle sue condizioni e più o meno in grado di esercitare una scelta davvero libera. Già oggi, anche senza le previsioni del Ddl, il mancato consenso informato lede il diritto dell'autodeterminazione del paziente e la giurisprudenza (Cassazione civile, sentenza 10414/2016) prevede pene per la mancata firma del paziente sul consenso, anche se il riferimento non è certo al fine vita.

L'infermiere si interpone tra il sanitario e il paziente, facilitando l'acquisizione delle informazioni, ponendosi a garanzia di una comunicazione efficace. Ha il compito di sostenere la persona da assistere coadiuvando il medico, garantire ogni informazione rispetto alle proprie competenze e autonomie e relativi piani assistenziali. Nella comunicazione con il paziente deve sapersi modulare in relazione allo stato culturale e psicologico del





paziente, in modo da essere sempre chiaro ed efficace.

In questo senso l'infermiere che è costantemente accanto al malato e, quindi, il coinvolgimento dell'équipe di cura nella sua interessa, va ascoltato come ulteriore testimone delle volontà del paziente e quindi previsto anche sotto forma di équipe nel Ddl.

Si deve tenere presente a questo proposito che si tratterebbe di un intervento super partes a testimonianza e garanzia delle reali volontà espresse nel consenso.

Il nostro Codice deontologico infatti prevede anche che "L'infermiere non attua e non partecipa a interventi finalizzati a provocare la morte, anche se la richiesta proviene dall'assistito" e quindi si tratterebbe di una terza parte nel consenso informato.

Importante tuttavia per ciò che abbiamo già illustrato in precedenza:

gli infermieri nell'assistenza nel fine vita mettono in campo, oltre le loro competenze cliniche, la capacità di caring, di prendersi cura non solo del paziente, ma di tutta la sua famiglia che con lui vive questi momenti drammatici, di prendersi cura della persona nella sua globalità (anche sociale) e autonomia. L'attenzione si focalizza sull'individuo piuttosto che sulla malattia, per privilegiare la qualità della vita che resta da vivere.

Dare appropriatezza al percorso assistenziale che l'infermiere compie di fronte a questi malati è, non solo la manifestazione più evidente del suo dovere professionale, ma anche di quello morale che ha deciso di fare proprio nel momento stesso in cui ha scelto la professione: rendere testimonianza e partecipare a scelte importanti come quelle previste nel Ddl è la naturale evoluzione della professione". ■

Il collega chiede... il Collegio risponde!



a cura della Commissione Redazione



>>> Salve, mi è stato detto che l'infermiere può consegnare al paziente le lettere di dimissione, mentre in altri casi mi è stato detto che non si può, perché si incorre nel reato di **Esercizio abusivo della professione medica**. Chi ha ragione? (Prot.193/17 del 27/01/17)

Gentile collega, in merito a quanto richiesto sono a indicarle quanto segue. Gli esercenti le professioni sanitarie, tra cui gli infermieri, vedono le proprie competenze:

- definite dal profilo professionale

(DM 14 settembre 1994 n 739)

- dalla legge 10 agosto 200 n. 251

Sono inoltre regolate dal codice deontologico di cui Le cito alcuni articoli di riferimento:

Articolo 2 L'assistenza infermieristica è servizio alla persona, alla famiglia e alla collettività. Si realizza attraverso interventi specifici, autonomi e complementari di natura intellettuale, tecnico-scientifica, gestionale, relazionale ed educativa.

Articolo 14 L'infermiere riconosce che l'interazione fra professionisti e l'integrazione interprofessionale sono modalità fondamentali per far fronte ai bisogni dell'assistito

Articolo 23 L'infermiere riconosce il valore dell'informazione integrata multiprofessionale e si adopera affinché l'assistito disponga di tutte le informazioni necessarie ai suoi bisogni di vita.

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

Articolo 41 L'infermiere collabora con i colleghi e gli altri operatori di cui riconosce e valorizza lo specifico apporto all'interno dell'équipe.

L'atto di dimissione è un atto sicuramente complesso che deve necessariamente coinvolgere più professionisti nel suo iter poiché ci si trova di fronte ad un assistito che viene preso in carico all'interno di una struttura sanitaria da un'intera équipe interprofessionale. La dimissione, quindi, non è altro che il risultato finale, CONDIVISO delle prestazioni svolte dall'intera categoria sanitaria che ha operato sia nel curare che nel prendersi cura delle necessità e dei bisogni dell'assistito stesso.

La consegna della relazione di degenza, è quindi un atto estendibile ad ogni membro dell'équipe stessa. Certo è che

la consegna della lettera di dimissione, l'informazione al paziente per il consenso a sottoporsi ad indagini diagnostiche e/o trattamenti terapeutici specifici per la sua patologia devono necessariamente essere tutti atti collegati tra loro e si completano solo se, in un rapporto di collaborazione interprofessionale, vengono dati in modo compiuto ed esaustivo.

Ne conviene da sé che l'atto di dimissione, così come l'acquisizione del consenso da parte dell'assistito quali momenti dedicati all'attività ospedaliera, non possono prevedere atti di deresponsabilizzazione da parte di nessun membro dell'intera équipe professionale.

(Prot.290/17/SP/dm - Bergamo, 9 febbraio 2017)

>>> Spett.le IPASVI Bergamo, la presente a segnalare la difficoltà a visualizzare il n. iscrizione al Collegio da parte dei nostri dipendenti. Il numero d'iscrizione negli ultimi tempi è divenuto un dato essenziale per la registrazione nei diversi siti e consorzi affini alla formazione, in alcuni casi tale dato è Obbligatorio (es. registrazione sito IRC). Il collegio si è sempre reso disponibile a fornire tale informazione telefonicamente, ma questo crea limiti vincolati a tale modalità, sono a chiedere se è possibile per gli iscritti reperire tale informazione direttamente nel sito, utilizzando ad esempio dati privati noti solo alla persona, come ad es. username: codice fiscale e password: anno di nascita (come avviene nel sistema bibliotecario MLOL). Resto in attesa di vostro riscontro. Cordialmente.
(Prot.387/17 del 23/02/17)

Gentile collega, ricordiamo che è possibile per i professionisti iscritti all'Albo, accedere in qualsiasi momento al proprio fascicolo personale per controllare la propria posizione.

Per potervi facilitare l'accesso, vi riportiamo qui di seguito le istruzioni per la registrazione e le successive consultazioni.

Andare sull'home page della Federazione, www.ipasvi.it, in fondo alla pagina cercare la scritta *Comunica online con il tuo Collegio*, selezionare Bergamo e cliccare sulla freccia a destra.

Si entrerà nella pagina *Benvenuto nella Intranet del Sistema Albo*. Per iscriversi cliccare sulla scritta *Se non sei ancora Iscritto clicca qui* per effettuare il riconoscimento. Dopo la registrazione si riceveranno via e-mail *UserName* e *Password* per poter accedere all'Intranet, dove si potrà, tra le altre cose, visualizzare anche il proprio fascicolo personale (con le relative informazioni sull'iscrizioni, numero di posizione e data). Cordiali saluti.

(Prot.538/17/SP/dm - Bergamo, 20 marzo 2017)



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



Caro/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 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 _____



"Call for abstract"

Come presentare progetti
al XVIII Congresso nazionale Ipasvi



Iniziano le manovre di avvicinamento al **XVIII Congresso nazionale Ipasvi**, in programma nel marzo 2018.

A tal fine, è stata prevista una call, attiva da oggi attraverso **un'apposita sezione** sul nostro portale istituzionale, rivolta a tutti gli iscritti che intendano presentare (singolarmente o in gruppo) abstract di progetti.

Si tratta di un'importante opportunità per comunicare ai colleghi le proprie ricerche scientifiche o esperienze di miglioramento, in tutti gli ambiti dell'esercizio professionale.

La Federazione, avvalendosi di un team di infermieri esperti, valuterà gli abstract pervenuti, accettandoli o come presentazione orale (sul palco) o come poster (esposti presso la sede congressuale per tutta la durata dell'evento).

Gli abstract vanno inoltrati esclusivamente on line, previa registrazione al portale.

I lavori devono essere inviati entro e non oltre il 31 ottobre 2017.