



Scripta Manent

n.57

SINCERT

CSICERT



Notiziario a cura del Collegio IPASVI Bergamo

I nostri valori non cambiano i modi per dividerli, sì

SCRIPTA MANENT - Anno XVII n. 57 - Aprile 2011 - Spedizione in abbonamento postale - art. 2 comma 20/c l. 662/96 - BG

Giornata internazionale dell'infermiere **12 maggio 2011**

all'interno

**IL FABBISOGNO
FORMATIVO DELLA
PROFESSIONE
INFERMIERISTICA IN
REGIONE LOMBARDIA**

**MICROORGANISMI
ESBL: INIZIAMO A
CONOSCERLI,
A TEMERLI
E A COMBATTERLI!**

**LAVORI IN CORSO
PER LA NUOVA SEDE:
A CHE PUNTO SIAMO**

Sommario

<i>"Un nuovo strumento per gli infermieri lombardi"</i> Editoriale a cura della Presidente Beatrice Mazzoleni	pag. 3
<i>Comunicato stampa "L'espressione degli infermieri sulla norma del fine vita"</i>	pag. 5
<i>"Il fabbisogno formativo della professione infermieristica in regione Lombardia"</i> A cura del Coordinamento Collegi IPASVI della Lombardia	pag. 7
<i>"Analisi dei flussi e determinazione del fabbisogno delle professioni sanitarie: dati rilevati da uno studio della Federazione Nazionale Collegi IPASVI"</i>	pag. 11
<i>"Il ruolo dell' infermiere all'interno del Dipartimento delle Dipendenze"</i> A cura di Adriana Cattaneo	pag. 21
<i>"Le origini, l'attualità e il futuro dell'infermieristica: l'evoluzione dell'identità professionale attraverso le nuove modalità organizzative dell'assistenza"</i> Evento formativo per la celebrazione del 12 maggio	pag. 24
<i>"Microrganismi ESBL: iniziamo a conoscerli, a temerli e a combatterli!"</i> A cura di Claudio Dorini	pag. 26
<i>Esperienze Africane 1 - "La trasmissione verticale dell'infezione da hiv. L'esperienza in una realtà Africana"</i> A cura di Silvia Mandelli	pag. 32
<i>Esperienze Africane 2 - "Medici Senza Frontiere: l'esperienza di un'infermiera Bergamasca"</i> A cura di Daniela Oberti	pag. 35
<i>Promozione Immagine: si riparte da noi...a Lilliput!</i> A cura di Marina Lanzi	pag. 40
<i>Lavori in corso per la nuova sede: a che punto siamo?"</i> A cura di Simone Jamoletti	pag. 41

Semestrale del Collegio IPASVI di Bergamo

Proprietà, Redazione e Amministrazione:

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

Direttore Responsabile: Beatrice Mazzoleni

Responsabile della Redazione: Massimiliano Russi

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

Responsabile sito internet: Gian Luigi Bena

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

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

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

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

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

Per poter esercitare questo diritto il cittadino deve ricordare che:

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

Editoriale

Un nuovo strumento per gli infermieri lombardi

Editoriale a cura della Presidente Beatrice Mazzoleni

I profondi cambiamenti che ormai stiamo vivendo da anni, riguardanti l'aspetto organizzativo della sanità, in più occasioni hanno evidenziato il coinvolgimento diretto degli infermieri, quali protagonisti e fonte di ricchezza nell'apportare strumenti e cultura a favore del riassetto funzionale dell'assistenza.

Purtroppo spesso il coinvolgimento della professione infermieristica ai tavoli decisionali tecnici e politici, non è dato per scontato e uno dei doveri dell'Ordine Professionale è quello di intervenire in modo propositivo e costruttivo nell'evoluzione del sistema sanitario a favore della qualità assistenziale per il cittadino, e di tutelare la sicurezza dello stesso quando si presentano realtà decisionali, ove tale aspetto è stato messo in secondo piano.

Nello specifico momento politico del nostro paese, ormai il sistema federalistico è entrato nella fase operativa, consegnando il potere decisionale, in questo caso nell'ambito sanitario, alle Regioni.

Nel riconoscere quindi questa riorganizzazione politica, da anni i collegi IPASVI della Regione Lombardia si erano organizzati in un livello regionale, denominato Coordinamento Regionale dei Collegi IPASVI, che potesse favorire il colloquio diretto con la Regione, quale interlocutore primario, ma che rimaneva ad un livello di autoregolamentazione regionale, con le relative limitazioni.

Tale metodica negli anni ha permesso di dare voce a tutte le realtà Provinciali, che attraverso questo organismo potevano essere rappresentate con eguaglianza, fornendo a tutti gli infermieri del territorio lombardo (circa 56.000) lo strumento attraverso il quale i Collegi hanno una voce comune su diverse criticità riguardanti la professione, dall'organizzazione, alla formazione, alla dirigenza, alla clinica.

Proprio con questo spirito e riconoscendo ormai nel sistema del federalismo un modello acquisito di riorganizzazione politica, e quindi il passaggio di funzioni dal livello ministeriale alla Regione, che la Federazione Nazionale dei Collegi IPASVI ha attivato nell'anno 2010 un gruppo di lavoro su questo argomento. A tale gruppo è stato dato il compito di valutare, rispetto all'attuale normativa, la possibilità di istituzionalizzare un livello regionale per i Collegi IPASVI oltre che quello nazionale e Provinciale. Infatti la Legge 233/46 non prevede tale livello, che sarebbe invece contenuto dalla Legge 43/2006, ma che in assenza dei decreti attuativi, non da ancora la possibilità di riorganizzare i Collegi.

Dall'analisi effettuata, con il contributo dei componenti del Comitato Centrale e di tutti i Presidenti d'Italia, è derivata l'elaborazione di un regolamento adottato con delibera nella seduta di Consiglio Nazionale del 19 febbraio 2011.

Tale passaggio risulta di fondamentale importanza, poiché permette di decentrare l'interlocuzione e gli ambiti di attività, come finora avvenuto, fornendogli però una collocazione ufficiale e riconoscibile dalle istituzioni.

Nella realtà lombarda tale organismo, deliberato ufficialmente dal Coordinamento Regionale Collegi IPASVI della Lombardia nella seduta del 12 aprile u.s., permetterà la prosecuzione delle relazioni con i rappresentanti regionali nell'analisi della sanità regionale.

Gli obiettivi, sinora perseguiti e che verranno ulteriormente sviluppati, si baseranno sull'analisi dei fabbisogni della principale risorsa nell'erogazione dell'assistenza sanitaria, gli infermieri e la loro valorizzazione e delle sempre maggiori necessità clinico assistenziali espresse o meno dalla cittadinanza.

Si proseguirà quindi nella ricerca di dialogo e collaborazione su tematiche quali l'assetto organizzativo rispetto all'inquadramento del PSSR, la valorizzazione dei professionisti, lo sviluppo dell'assistenza territoriale (infermiere di famiglia, infermieri in farmacia, ecc...), l'analisi della carenza infermieristica e relative azioni, le cure primarie, e altro.

L'istituzionalizzazione del Coordinamento regionale, favorirà quindi la collaborazione tra Ordine Professionale, quale Ente pubblico deputato al controllo dei professionisti e alla tutela della salute del cittadino attraverso l'erogazione di un livello assistenziale qualitativamente elevato e sicuro, e Regione Lombardia, quale Ente di pianificazione, organizzazione e tutela del sistema sanitario regionale.

Il Coordinamento proseguirà nel proporre azioni comuni che siano indirizzate ad affrontare le criticità dell'attuale situazione, in risposta alle necessità presenti da tempo e che si presenteranno sul territorio lombardo nel prossimo futuro.

Alcune delle azioni proposte vertiranno sulla sensibilizzazione per la promozione della figura dell'infermiere, sull'utilizzo più specifico delle Risorse Aggiuntive Regionali (RAR) nei confronti degli infermieri, quali protagonisti coinvolti nelle criticità quotidiane di carenza nelle realtà assistenziali e l'attivazione di organismi politici di tutela e rappresentanza regionali, al fine di collaborare attivamente alle decisioni riguardanti la professione rappresentata. L'ufficiale nascita di tale organismo ci fa assumere un atteggiamento positivo nei confronti di quello che sarà l'evoluzione professionale nella sanità della nostra regione, sentendoci sempre più investiti da una forte responsabilità di rappresentanza nei confronti di tutti gli infermieri che ogni giorno mettono a disposizione le conoscenze a favore dell'evoluzione professionale e del sistema sanitario.

**INFERMIERI PROFESSIONALI
ASSISTENTI SANITARI VIGILATRICI D'INFANZIA**

Collegio Provinciale di Bergamo
24125 Bergamo - Via Borgo Palazzo 81
Telefono 035/217090 – fax 035/236332
www.ipasvibergamo.it
E-mail: collegio@infermieribergamo.it



COMUNICATO STAMPA

“L’espressione degli infermieri sulla norma del fine vita”

Bergamo, 23 febbraio 2011

Nella situazione odierna, dove si sta discutendo a livello politico e sociale del Disegno di Legge “Disposizioni in materia di alleanza terapeutica, di consenso informato e di dichiarazioni anticipate di trattamento” (Testo Calabrò), gli infermieri della Provincia di Bergamo, si riuniscono oggi in occasione di un evento formativo organizzato dal Collegio provinciale IPASVI, per confrontarsi sulla tematica del fine vita.

Il DDL, passato ieri in Commissione Giustizia della Camera, ha trovato l’approvazione dalla quasi totalità dei gruppi, che hanno definito il testo proposto “equilibrato e di mediazione” e riprenderà la discussione in aula nei primi giorni di marzo.

Già nel novembre 2009 gli infermieri italiani, attraverso il Pronunciamento della Federazione Nazionale IPASVI “La persona nel fine vita” si erano espressi sulle criticità del testo.

Sono gli infermieri infatti coloro che durante “l’ultimo viaggio” della persona, assistono, sostengono e accompagnano la persona stessa e i suoi familiari nell’affrontare un doloroso e faticoso percorso che porta al distacco fisico dalla vita.

Ed è per questo che oggi, alla presenza di molti professionisti, il loro ruolo di sanitari responsabili dell’assistenza, è stato analizzato dai relatori specializzati che operano in diverse strutture presenti nella Provincia bergamasca, dagli Hospice, al Servizio di Cure Do-

miciliari dell’ASL, al Servizio di Cure Palliative, all’Associazione Cure Palliative di Bergamo.

Da tale incontro è stata ribadita con forza la volontà primaria di fornire al cittadino una certezza sulla qualità assistenziale erogata, tenendo sempre presente l’unicità della persona, i suoi bisogni e soprattutto le sue volontà. Proprio rispetto alle dichiarazioni di volontà che possono essere espresse dalla persona malata, gli infermieri si sono interrogati sulle criticità che il DDL attualmente in analisi presenta, passando attraverso l’analisi del proprio Codice Deontologico.

Se il DDL dichiara la volontà di sostenere e proteggere il concetto di alleanza terapeutica tra operatore sanitario e assistito, al fine di tutelare le volontà espresse dal cittadino attraverso la Dichiarazione Anticipata di Trattamento (DAT), all’art.8 entra invece in chiara contraddizione, dichiarando la possibilità di decisione assoluta del medico, di non rispettare le dichiarazioni dell’assistito espresse precedentemente.

Per questo, gli infermieri iscritti all’Ordine Professionale della Provincia di Bergamo, ribadiscono quanto espresso nel **Pronunciamento sul fine vita** e dichiarano di impegnarsi a:

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

Affermano che l’alleanza tra l’assistito e l’inte-

ra équipe assistenziale acquista ancor più peculiare valore nell'evoluzione terminale della malattia e nella fase del fine vita.

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

Chiedono che, qualora non vi fossero modifiche al testo della proposta di legge sulle "Disposizioni in materia di alleanza terapeutica, di consenso informato e di dichiarazioni anticipate di trattamento", sia data agli infermieri la possibilità di potersi richiamare a quanto previsto nell'art. 8 del loro Codice di deontologia professionale che recita: "L'infermiere nel caso

di conflitti determinati da diverse visioni etiche, si impegna a trovare la soluzione attraverso il dialogo.

Qualora vi fosse e persistesse una richiesta di attività in contrasto con i principi etici della professione e con i propri valori, si avvale della **clausola di coscienza**,

facendosi garante delle prestazioni necessarie per l'incolumità e la vita dell'assistito".

Il Presidente
Mazzoleni Beatrice





Coordinamento Collegi IPASVI della Lombardia



Sede: Collegio IPASVI di Bergamo - Via Borgo Palazzo, 81 - 24125 Bergamo
collegio@infermieribergamo.it - collegiobg@ipasvibg.postecert.it

Il fabbisogno formativo della professione infermieristica in Regione Lombardia

L'assistenza sanitaria in Regione Lombardia è attraversata da profondi cambiamenti sia in ordine alla tipologia delle cure, che alle caratteristiche della popolazione assistita. L'aumentata aspettativa di vita, la presenza di polipatologie cronico-degenerative, richiedono necessariamente un ripensamento rispetto all'organizzazione del sistema sanitario regionale, in particolare, come recitato anche nel nuovo Piano Socio Sanitario della Regione Lombardia, in riferimento alla gestione del territorio.

La necessità di investire nella rete di erogazione dell'assistenza sanitaria implica porre l'attenzione anche sulla sua principale risorsa: i professionisti che la compongono e sostengono, nello specifico, gli infermieri. I dati OCSE indicano, nei Paesi Europei, una presenza media infermieristica pari a di 8,9 infermieri per 1.000 abitanti.

Secondo il Rapporto di ottobre 2010 della Federazione Nazionale Collegi IPASVI, inerente l'anno 2009, risulta che "al 31 dicembre 2009 si contavano in Italia 6,1 infermieri ogni 1000 abitanti, collocando l'Italia, secondo l'OCSE, al 23° posto (su trenta) per dotazione infermieristica."

Inoltre il medesimo Rapporto recita che "Le prospettive di sviluppo della professione nel breve-medio periodo non sono rosee e le analisi sulla struttura della popolazione infermieristica non inducono all'ottimismo. I giovani costituiscono infatti una quota ri-

dotta degli iscritti. Quelli con meno di trenta anni d'età non arrivano al 10%, quelli sotto i trentacinque non superano il 20%".

Al fine di poter analizzare il fenomeno in Lombardia, i Collegi IPASVI della Regione, organizzati in Coordinamento, hanno provveduto a verificare la numerosità della popolazione infermieristica iscritta ai 10 albi provinciali, rapportandolo al numero di abitanti presenti sul territorio lombardo a maggio 2010 (dati ISTAT) e all'offerta formativa dei poli universitari lombardi.

I risultati ottenuti, dimostrano che la situazione è ben al di sotto sia degli **standard OCSE 8,9/1000 abitanti**, che di quelli **nazionali che si attestano al 6,2/1000** abitanti.

I dati forniti dal rapporto nazionale IPASVI, indicano sul territorio lombardo a dicembre 2009, una presenza di **5,7 infermieri/1000 abitanti**, ponendoci al 14° posto tra le regioni italiane.

A maggio 2010 lo studio regionale quantifica complessivamente gli infermieri italiani e stranieri iscritti agli Albi della regione Lombardia in 56.200 ai quali si aggiungono 1.000 infermieri pediatrici per un totale di **57.200 infermieri**.

Tali dati definiscono una necessità di 87.400 infermieri sul territorio lombardo, standard OCSE di 8,9/1000 abitanti, o di 60.900 secondo lo standard italiano 6,2/1000 abitanti, con un carenza di

Coordinamento Collegi IPASVI della Lombardia

30.000 infermieri standard OCSE o di 4700 secondo lo standard italiano.

L'offerta formativa che le università lombarde garantiscono, pari a 2000 posti (1935 più 65 di Cattolica di Roma presso la Poliambulanza di Brescia), è attualmente insufficiente, a fronte di richieste pari al doppio inoltrate da Regione e Collegi IPASVI, con un aumento del solo 18,7% (315 posti) negli ultimi cinque anni accademici, contro una media nazionale di circa il 40%.

I dati mostrano come siano assolutamente inadeguati per coprire non solo l'attuale carenza ma soprattutto quella pronosticata, infatti dall'analisi condotta è emerso che 5142 infermieri hanno più di 54 anni (pari al 9,54% degli iscritti agli Albi Professionali), quindi prossime ad un pensionamento che aumenterà inesorabilmente la carenza già grave.

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

In una proiezione a cinque anni dell'invecchiamento della popolazione (fonte ISTAT) è facilmente deducibile l'aumento esponenziale dei fabbisogni assistenziali del cittadino. Tale assistenza, secondo la programmazione del

PSSR, si dovrà espletare maggiormente sul territorio e presso il domicilio.

Da questa analisi della realtà attuale sono prevedibili, nel prossimo futuro, forti criticità per una corretta applicazione del PSSR, in quanto la carenza del personale infermieristico nel sistema Sanitario ha una ricaduta diretta sulla qualità dell'assistenza e delle cure erogate ai cittadini, come dimostrato da recenti studi internazionali.

Accanto a questa situazione va sottolineata la crescita del rapporto tra posti disponibili e domande per frequentare il Corso di Laurea per Infermieri, che in questi ultimi anni è significativamente positivo attestandosi nell'A.A. 2009/2010 su di un rapporto pari a **2,6 domande per ogni posto disponibile**.

Ciò ridomanda un esame sia in termini qualitativi che quan-



Coordinamento Collegi IPASVI della Lombardia

titativi sulla formazione di base. Infatti la normativa prevede che la formazione “[...] avviene nelle Aziende ospedaliere, [...] a norma del decreto ministeriale 24 settembre 1997” e successive modificazioni. A tal fine sono stipulati appositi Protocolli di intesa tra le regioni e le università, a norma dell’articolo 6, comma 3 del decreto legislativo n.502/1992 e successive modificazioni”. Gli allegati 1, 2, 3, 4 del citato decreto 2 aprile 2001 assegnano il coordinamento delle attività tecnico-pratiche di ogni singolo corso di laurea “[...] ad un docente appartenente al più elevato livello formativo previsto per ciascun profilo professionale [...]”.

Nella fattispecie, il Protocollo d’intesa, sottoscritto il 19 Aprile 2005 tra la Regione Lombardia e l’Università degli Studi di Milano, per l’attivazione dei corsi di Laurea in Infer-

mieristica ha riaffermato all’art.4 “sono organi del corso [...] il coordinatore degli insegnamenti tecnico-pratici che, in servizio presso la struttura sede del corso “è nominato “sulla base del curriculum che tiene conto del livello formativo nell’ambito del profilo professionale di [...]”.

La Regione Lombardia a seguito della **deliberazione n. 14040 dell’8 agosto 2003** riguardante le “Linee guida regionali per l’adozione del piano di organizzazione e funzionamento aziendale delle aziende sanitarie della regione Lombardia”, ha emanato una **Circolare n°15/SAN 2005 del 24/03/2005** avente per oggetto l’istituzione dei SITRA all’interno delle Aziende Sanitarie recita;...non è preclusa la possibilità di attivare ulteriori posizioni dirigenziali di particolare rilevanza aziendale. A tale proposito si richiama le Aziende...di attribuire la posizione dirigenziale ai sensi dell’art.7 primo e secondo comma legge251/00 al Coordinatore Didattico di Sezione

l’applicazione di detta Circolare è stata ribadita rinviando la stessa in data 1 Agosto 2006.

Questo richiede un impegno e responsabilità da parte di tutti gli attori coinvolti nel processo formativo per costruire sedi didattiche orientate all’eccellenza: dove i tirocini siano considerati momenti di presenza degli studenti e come opportunità di miglioramento interno, affinché la sede sia proprio il contesto in cui apprendere e sperimentare l’infermieristica ai più alti livelli.

Dai dati fin qui riportati, riteniamo che **il fabbisogno formativo della professione infermieristica**



Coordinamento Collegi IPASVI della Lombardia

ca in Regione Lombardia per l'anno accademico 2011 – 2012 sia di 4.500 unità, nella consapevolezza che tale incremento numerico, da intendersi come un obiettivo a medio termine, presuppone una riorganizzazione complessiva dell'offerta formativa presente nella nostra Regione.

Si può quindi dedurre l'utilità e la necessità di una fattiva collaborazione tra Ordine Professionale, quale Ente pubblico deputato al controllo dei professionisti e alla tutela della salute del cittadino attraverso l'erogazione di un livello assistenziale qualitativamente elevato e sicuro, e Regione Lombardia, quale ente di pianificazione, organizzazione e tutela del sistema sanitario regionale, come già espresso durante l'incontro presso l'Università Statale di Milano avvenuto nell'aprile 2010.

Da tale incontro, si era preventivata una collaborazione tra i tre enti concordando sulla necessità di introdurre correttivi alla situazione attuale.

In particolare il Coordinamento dei Collegi IPASVI della Lombardia ritiene poco efficace procedere esclusivamente ad un aumento tout court dei numeri di accesso alla formazione universitaria, ma propone una pianificazione precisa ed attenta dell'organizzazione e della gestione del personale, che coinvolga a tutti i livelli istituzionali gli attori della realtà sanitaria.

La sola risposta quantitativa al fenomeno presentato, ovvero il solo aumento numerico dei laureati in infermieristica, porterebbe ad una formazione basata sui numeri e non sull'eccellenza formativa con evidenti ricadute sul servizio sanitario nazionale e regionale.

L'attenzione alla qualità formativa si potrebbe concretizzare non già attraverso la

creazione di numerose piccole sedi decentrate, ma con l'aumento calibrato delle sedi esistenti in una progettazione condivisa e che ponga l'attenzione al rapporto tutor/studenti, nonché alla valorizzazione, formazione e aggiornamento dei tutor stessi. In questo progetto risulterebbe utile, se non fondamentale, l'applicazione sistematica del **Protocollo d'Intesa**, oggi scarsamente applicato, il quale, con opportune integrazioni e modifiche, potrebbe consentire di introdurre criteri per identificare l'efficacia formativa, il corretto utilizzo delle risorse impiegate nonché sviluppare ulteriori potenzialità e ricadute anche di natura organizzativa.

La Regione Lombardia, quale Ente di pianificazione, organizzazione e tutela del sistema sanitario regionale dovrebbe promuovere la figura dell'infermiere e stimolare l'iscrizione ai corsi di laurea in infermieristica, attraverso la realizzazione congiunta di campagne annuali di sensibilizzazione rivolte ai giovani delle scuole superiori, nonché, per arginare l'abbandono professionale, rendere più attrattiva l'occupazione in ambito nazionale, attraverso anche un diverso utilizzo delle **Risorse Aggiuntive Regionali** che valorizzi gli infermieri quali protagonisti coinvolti nelle criticità quotidiane della realtà assistenziale e la presenza dei Collegi IPASVI nell'**Osservatorio regionale sulle professioni sanitarie** con particolare attenzione alla programmazione dell'attività di tale organismo.

Certi di una costante collaborazione è grata l'occasione per porgere cordiali saluti
La Coordinatrice

Collegi IPASVI della Regione Lombardia
Beatrice Mazzoleni



Analisi dei flussi e determinazione del fabbisogno delle professioni sanitarie

Dati rilevati da uno studio della Federazione Nazionale Collegi IPASVI

PREMESSA

Analisi dei flussi e determinazione del fabbisogno delle professioni sanitarie: dati rilevati da uno studio della Federazione Nazionale Collegi IPASVI

Secondo i dati degli Albi provinciali IPASVI, Al 31 dicembre 2009 si contavano in Italia 6,1 infermieri ogni 1.000 abitanti. Un dato insufficiente, che conferma le stime fornite dall'OCSE, che collocano l'Italia al 23.simo posto (su trenta) per dotazione infermieristica, ben al di sotto della media OCSE e dietro a Paesi come Spagna, Ungheria e Repubblica Ceca. La realtà appare poi anche peggiore, se consideriamo che l'Italia è uno dei paesi più "vecchi" del mondo ed ha per questo un fabbisogno infermieristico verosimilmente più elevato di quello degli altri Paesi sviluppati.

La dotazione infermieristica in Italia risulta peraltro molto variabile a livello territoriale, evidenziando situazioni di particolare difficoltà in diverse regioni, prima fra tutte la Campania, che dispone di appena 4,9 infermieri ogni 1.000 abitanti.

A sostenere la dotazione infermieristica contribuiscono in modo consistente gli stranieri, che ormai costituiscono il 10% degli infermieri. Gli stranieri non sembrano tuttavia svolgere, almeno per ora, una funzione "compensativa". La loro presenza appare infatti mediamente più significativa nelle regioni con maggiori risorse infermieristiche, mentre risulta più contenuta nelle regioni con disponibilità più limitate: In Trentino-AltoAdige, Friuli Venezia Giulia, Lazio ed Emilia Romagna, regioni con disponibilità relativamente più elevate, la quota di stranieri supera del 50% la media nazionale; al contrario, in Campania, Calabria e Sicilia, regioni con le minori disponibilità infermieristiche, la presenza di stranieri non arriva

alla metà di quella media nazionale.

Le prospettive di sviluppo della professione nel breve-medio periodo non sono rosee e le analisi sulla struttura della popolazione infermieristica non inducono all'ottimismo. I giovani costituiscono infatti una quota ridotta degli iscritti. Quelli con meno di trenta anni di età non arrivano al 10%, quelli sotto i trentacinque non superano il 20% (addirittura il 12-13% nelle Isole): quote insufficienti, in molte regioni, a compensare l'ondata di pensionamenti previsti nei prossimi anni, anche per effetto dei recenti provvedimenti governativi in tema di età pensionabile delle donne.

L'indice di vecchiaia, dato dal rapporto tra gli infermieri in procinto di lasciare la professione (le classi di età più mature) e quelli che dovrebbero prenderne il posto (le classi giovanili) fotografa bene la situazione, evidenziando in prospettiva problemi seri in diverse regioni, prime fra tutte Friuli-Venezia-Giulia, Liguria e Sicilia.



Analisi dei flussi e determinazione del fabbisogno delle professioni sanitarie

TAVOLA 1. Iscritti agli Albi Ipasvi 2009 e rapporto infermieri/abitanti per area e Regione

AREA/REGIONE	AS 2009	IP 2009	VI 2009	IPASVI 2009	Popolazione Istat al 1 gennaio 2010	IPASVI / Popolazione 2010 (per 1.000 Ab.)
Liguria	215	12.353	1.284	13.852	1.615.986	8,6%
Lombardia	1.316	53.862	1.043	56.221	9.826.141	5,7%
Piemonte	386	25.643	1.053	27.082	4.446.230	6,1%
Valle d'Aosta	29	809	19	857	127.866	6,7%
Nord Ovest	1946	92667	3399	98012	16.016.223	6,1%
Emilia Romagna	744	28.991	129	29.864	4.395.569	6,8%
Friuli Venezia Giulia	498	8.585	339	9.422	1.234.079	7,6%
Trentino Alto Adige	314	8.365	346	9.025	1.028.260	8,8%
Veneto	682	31.613	171	32.466	4.912.438	6,6%
Nord Est	2238	77.554	985	80.777	11.570.346	7,0%
Lazio	233	37.513	1.255	39.001	5.681.868	6,9%
Marche	193	8.738	55	8.986	1.559.542	5,8%
Toscana	288	24.332	279	24.899	3.730.130	6,7%
Umbria	74	5.469	22	5.565	900.790	6,2%
Centro	788	76.052	1611	78.451	11.872.330	6,6%
Abruzzo	101	9.307	228	9.636	1.338.898	7,2%
Basilicata	42	3.768	13	3.823	588.879	6,5%
Calabria	80	10.957	327	11.364	2.009.330	5,7%
Campania	177	28.239	2.365	30.781	5.824.662	5,3%
Molise	7	2.610	50	2.667	320.229	8,3%
Puglia	347	24.455	707	25.509	4.084.035	6,2%
Sud	754	79.336	3690	83.780	14.166.033	5,9%
Sardegna	211	11.071	292	11.574	1.672.404	6,9%
Sicilia	227	28.005	244	28.476	5.042.992	5,6%
Isole	438	39.076	536	40.050	6.715.396	6,0%
Italia	6.164	364.685	10.221	381.070	60.340.328	6,3%

EVIDENZE

Al 31.12.2009 risultano iscritti agli albi IPASVI 364.685 infermieri professionali. Rispetto all'anno precedente, l'incremento è stato di 7.868 unità, pari al 2,2% a livello nazionale. Tra le regioni, gli incrementi maggiori si registrano in Basilicata (+6,2%), Molise (+4,7%), Umbria (+4,3%), Lazio e Calabria (+4,2%); i minori in Friuli e Trentino (+0,8%), Campania e Sicilia (+1,0%). Negativo il dato della Valle d'Aosta (-0,4%)

Alla stessa data, a livello nazionale si contano 6,1 infermieri ogni 1.000 abitanti. Il dato è in qualche misura sovrastimato, perché comprende gli IP che, cessando (per pensionamento o cambio di lavoro anche temporaneo) di esercitare la professione, non provvedono alla cancellazione dall'albo. Allo stato, non è possibile quantificare con precisione la dimensione del fenomeno; un'indicazione di massima può essere tuttavia fornita dalla quota di iscritti ultra-sessantenni, che raggiunge quasi il 5% a livello nazionale.

Analisi dei flussi e determinazione del fabbisogno delle professioni sanitarie

TAVOLA 2. IPASVI per mille abitanti in età "a maggior rischio"

AREA/REGIONE	IPASVI	IPASVI / popolazione 2010	IPASVI / popolazione 2010 in età "a maggior rischio sanitario"			
			0-6	75 e più	0-6 e 75 e più	0-14 e 65 e più
Liguria	13.852	8,6%	160,7	61,9	44,7	22,4
Lombardia	56.221	5,7%	83,2	60,6	35,1	16,7
Piemonte	27.082	6,1%	99,8	54,3	35,2	17,1
Valle D'Aosta	857	6,7%	99,3	66,5	39,8	19,3
Nord-Ovest	98012	6,1%	94,1	58,9	36,2	17,5
Emilia Romagna	29.864	6,8%	104,6	58,9	37,7	19,1
Friuli Venezia Giulia	9.422	7,6%	128,4	67,2	44,1	21,3
Trentino Alto Adige	9.025	8,8%	118,8	97,5	53,5	25,4
Veneto	32.466	6,6%	97,3	69,1	40,4	19,4
Nord-Est	80.777	7,0%	105,1	66,8	40,8	20,0
Lazio	39.001	6,9%	102,3	72,3	42,3	20,4
Marche	8.986	5,8%	161,4	82,5	54,6	27,7
Toscana	24.899	6,7%	253,8	136,3	88,7	44,7
Umbria	5.565	6,2%	24,4	12,6	8,3	4,2
Centro	78.451	6,6%	102,9	61,6	38,5	19,0
Abruzzo	9.636	7,2%	22,2	21,6	11,0	5,1
Basilicata	3.823	6,5%	47,5	25,7	16,7	8,3
Calabria	11.364	5,7%	327,4	183,1	117,4	57,4
Campania	30.781	5,3%	238,9	160,8	96,1	46,3
Molise	2.667	8,3%	152,1	69,9	47,9	24,2
Puglia	25.509	6,2%	94,2	70,7	40,4	18,8
Sud	83.780	5,9%	86,7	67,2	37,9	17,9
Sardegna	11.574	6,9%	122,9	77,4	47,5	22,0
Sicilia	28.476	5,6%	81,2	61,4	34,9	16,7
Isole	40.050	6,0%	90,0	65,3	37,8	18,0
Italia	381.070	6,3%	95,7	63,4	38,1	18,4

Analisi dei flussi e determinazione del fabbisogno delle professioni sanitarie

TAVOLA 3. IP per regione, sesso e cittadinanza - Anno 2009

AREA/REGIONE	iscritti 2008	nuovi iscritti 2009	cancellati 2009	iscritti 2009	variazione % 2008-2009
Liguria	13.637	376	161	13.852	1,6
Lombardia	55.185	1.689	653	56.221	1,9
Piemonte	26.392	939	249	27.082	2,6
Valle d'Aosta	861		4	857	-0,5
Nord-Ovest	96.075	3.004	1.067	98.012	2,0
Emilia Romagna	29.335	1.018	489	29.864	1,8
Friuli Venezia Giulia	9.373	168	119	9.422	0,5
Trentino Alto Adige	8.970	213	158	9.025	0,6
Veneto	31.943	888	365	32.466	1,6
Nord-Est	79.621	2.287	1.131	80.777	1,5
Lazio	37.167	2.245	411	39.001	4,9
Marche	8.687	430	131	8.986	3,4
Toscana	24.268	956	325	24.899	2,6
Umbria	5.325	327	87	5.565	4,5
Centro	75.447	3.958	954	78.451	4,0
Abruzzo	9.319	440	123	9.636	3,4
Basilicata	3.599	249	25	3.823	6,2
Calabria	10.913	541	90	11.364	4,1
Campania	30.690	517	426	30.781	0,3
Molise	2.549	132	14	2.667	4,6
Puglia	25.292	357	140	25.509	0,9
Sud	82.362	2.236	818	83.780	1,7
Sardegna	11.285	437	148	11.574	2,6
Sicilia	28.177	573	274	28.476	1,1
Isole	39.462	1.010	422	40.050	1,5
Italia	372.967	12.495	4.392	381.070	2,2

EVIDENZE

I maschi costituiscono, nella media nazionale, il 22,4% degli IP. Tale quota varia in modo significativo dal punto di vista territoriale (vedi anche grafico 2). Al Nord, la percentuale di maschi si attesta infatti intorno al 12-15%, con valori solo poco più alti in Veneto e in Liguria (rispettivamente: 17,2% e 19,0%). Al Sud, la quota di maschi è invece praticamente doppia di quella registrata al Nord, con valori che arrivano a sfiorare (Campania e Calabria) e anche a superare (Sicilia) il 40%. In posizione intermedia le regioni del Centro.

Gli stranieri iscritti ammontano a circa 36.000 unità, pari al 9,9% del totale. Al dato nazionale corrisponde, anche qui, una realtà territoriale notevolmente differenziata (vedi anche grafico 3). Al Nord e in parte del Centro la presenza straniera supera abbondantemente il 10% (con punte del 15% e più nel Friuli e nel Lazio); nel Mezzogiorno, invece, si attesta generalmente su valori del 4-5%.

Analisi dei flussi e determinazione del fabbisogno delle professioni sanitarie

GRAFICO 1. IP per sesso e regione - Anno 2009 (valori %)

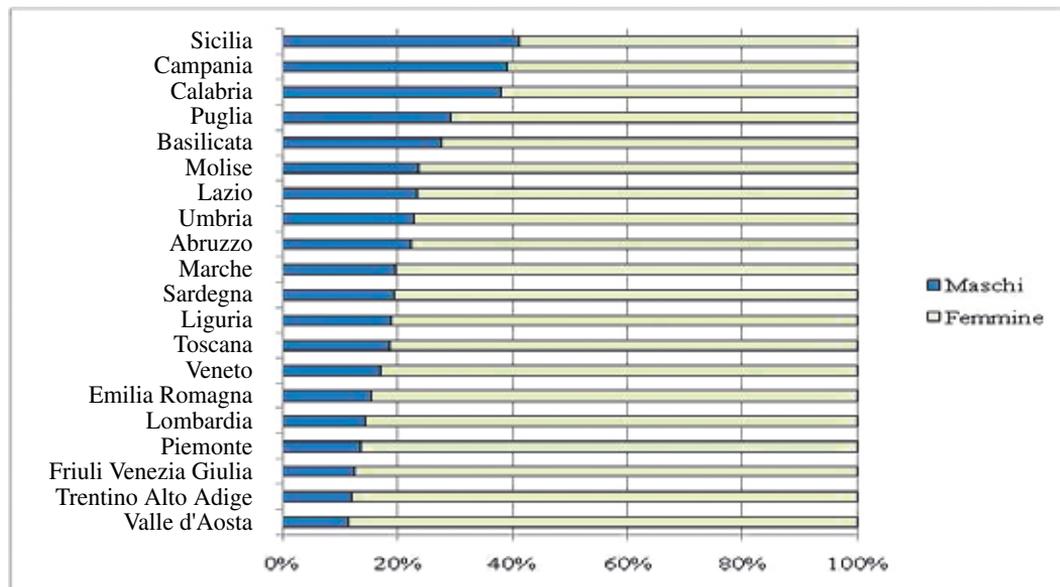
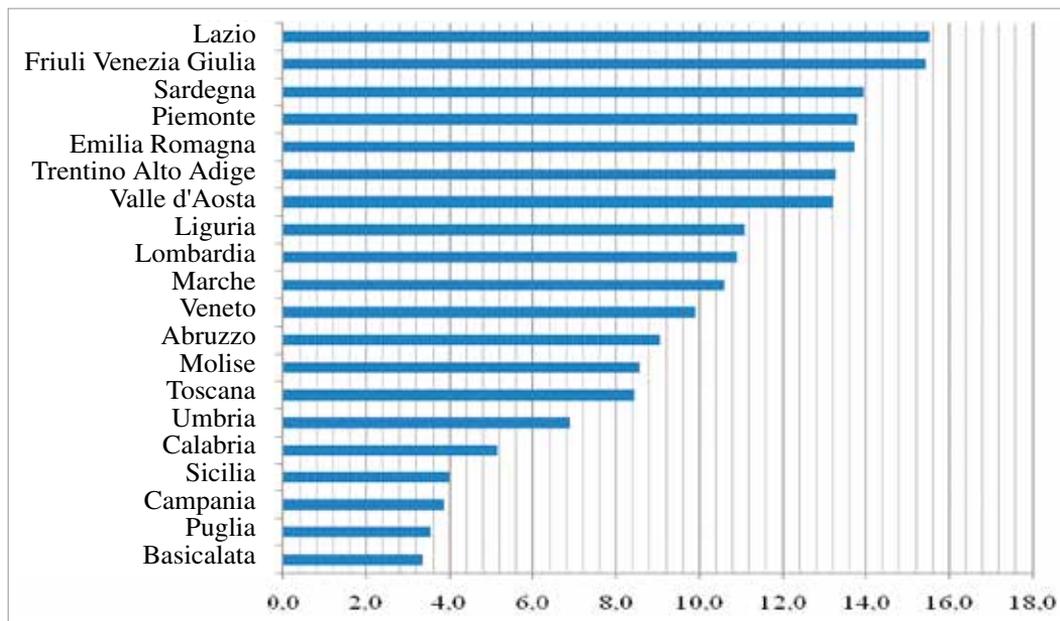


GRAFICO 2. IP stranieri per regione - Anno 2009 (valori %)



Analisi dei flussi e determinazione del fabbisogno delle professioni sanitarie

TAVOLA 4. IP per regione e classe di età - Anno 2009 (valori %)

	<30	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65+	Totale	indice di vecchiaia
Liguria	6,5	8,2	21,2	24,0	18,3	10,3	6,1	3,1	2,4	100,0	1,8
Lombardia	8,3	11,4	25,3	21,5	15,6	8,8	4,6	2,5	2,1	100,0	1,1
Piemonte	11,1	11,3	23,9	20,0	15,2	8,4	4,9	2,3	3,0	100,0	0,9
Valle d'Aosta	10,8	17,6	19,2	18,3	14,8	9,0	6,6	2,5	1,4	100,0	1,0
Nord-Ovest	8,8	11,0	24,3	21,4	15,8	8,9	4,9	2,5	2,4	100,0	1,1
Emilia Romagna	7,9	11,1	21,4	20,4	16,1	10,2	6,8	3,4	2,6	100,0	1,6
Friuli Venezia Giulia	6,7	9,0	22,0	21,0	17,3	10,4	6,7	3,9	2,9	100,0	2,0
Veneto	9,2	11,0	24,1	22,4	14,0	8,6	5,5	2,5	2,7	100,0	1,2
Trentino Alto Adige	11,8	17,9	20,7	17,0	13,3	8,7	5,6	3,0	1,8	100,0	0,9
Nord-Est	8,7	11,6	22,5	20,9	15,1	9,4	6,1	3,0	2,6	100,0	1,3
Lazio	13,1	13,5	20,6	17,8	15,1	9,9	5,5	2,5	1,9	100,0	0,8
Marche	12,5	10,8	22,3	18,8	14,7	10,1	6,7	2,7	1,4	100,0	0,9
Toscana	7,7	7,5	20,8	21,8	18,0	11,0	6,9	3,6	2,7	100,0	1,7
Umbria	11,9	9,0	18,1	20,2	16,9	12,3	7,1	3,2	1,3	100,0	1,0
Centro	11,2	11,0	20,7	19,4	16,1	10,4	6,2	2,9	2,1	100,0	1,0
Abruzzo	13,2	12,4	20,4	15,8	14,5	11,5	8,3	2,7	1,1	100,0	0,9
Basilicata	15,6	13,9	18,9	18,0	14,6	11,4	5,4	1,9	0,3	100,0	0,5
Calabria	13,7	9,9	13,5	16,3	16,6	16,4	9,3	3,2	1,1	100,0	1,0
Campania	7,0	9,1	25,8	22,1	16,5	9,9	6,5	2,4	0,9	100,0	1,4
Molise	15,4	10,5	22,0	18,4	15,4	11,8	5,0	1,0	0,5	100,0	0,4
Puglia	8,0	11,4	25,2	21,0	16,0	9,6	5,8	2,1	0,9	100,0	1,1
Sud	9,6	10,6	22,8	19,9	16,0	11,0	6,8	2,4	0,9	100,0	1,0
Sardegna	6,3	6,5	20,8	24,4	19,8	12,1	6,3	2,3	1,4	100,0	1,6
Sicilia	6,8	4,9	21,9	22,0	18,0	14,3	7,7	3,1	1,2	100,0	1,8
Isole	6,6	5,4	21,6	22,7	18,6	13,7	7,3	2,9	1,3	100,0	1,7
ITALIA	9,2	10,4	22,6	20,7	16,1	10,3	6,1	2,7	1,9	100,0	1,2

EVIDENZE

Anche la struttura per classi di età degli iscritti mostra realtà territoriali molto differenziate, anche se non emerge con precisione una determinante Nord-Sud. Le differenze si evidenziano soprattutto in relazione alle classi più giovani (di più recente ingresso) e a quelle più mature (in età pensionabile o pre-pensionabile), che sono poi le classi più significative ai fini delle analisi sulle prospettive di sviluppo della professione.

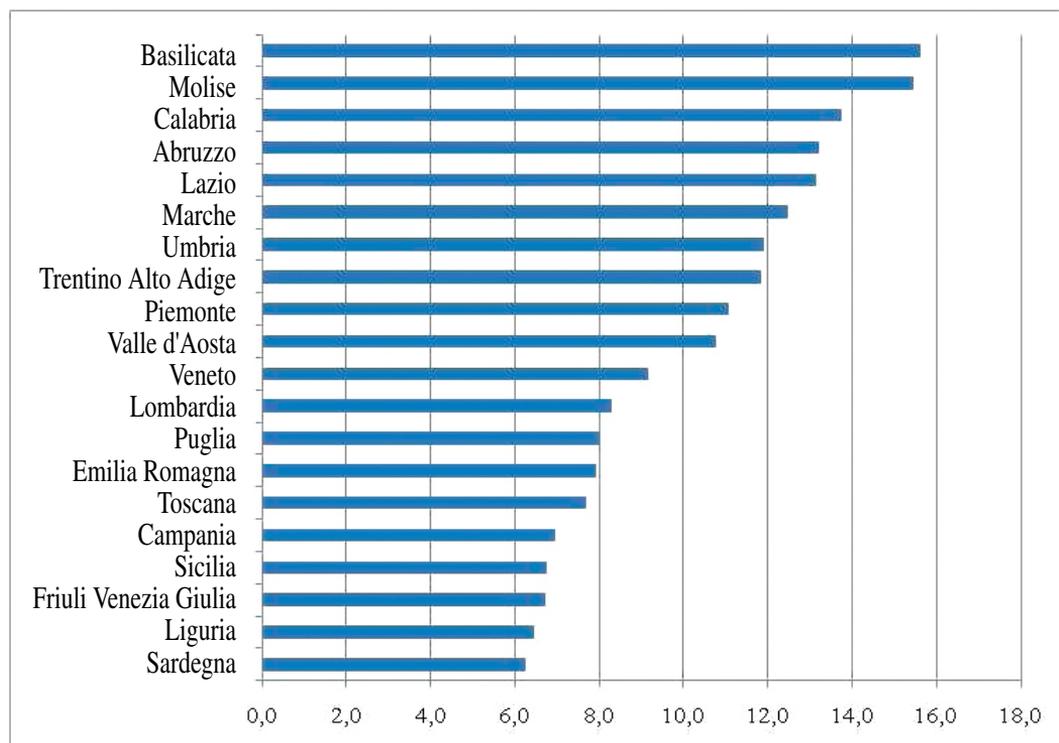
La quota di giovani sotto i 30 anni di età, che a livello nazionale è pari al 9,2%, oscilla tra i valori minimi (inferiori al 7%) registrati in Sicilia, Sardegna, Liguria e FriuliVenezia-Giulia a quelli più che doppi (superiori al 15%) rilevati per Molise e Basilicata (vedi anche grafico 4). I divari risultano ancora più accentuati prendendo in considerazione il complesso dei giovani fino a 34 anni di età. Questi ultimi (19,6% la quota a livello nazionale) nelle Isole raggiungono infatti appena l'11-12%, mentre arrivano a sfiorare il 30% in Basilicata e nel Trentino-Alto-Adige.

Analisi dei flussi e determinazione del fabbisogno delle professioni sanitarie

Anche la percentuale di iscritti maturi (dai 55 anni di età in su), che a livello nazionale rappresentano il 10,7% degli IP, risulta molto variabile: al 6-7% registrato in Molise e Basilicata fa infatti riscontro il 13-14% di Toscana, Emilia-Romagna, Friuli e Calabria (vedi anche grafico 5). Il confronto tra le due classi di età considerate nell'analisi è presentato nel grafico 6.

Il classico "indice di vecchiaia", dato dal rapporto tra gli iscritti in età matura e quelli di età giovane, sintetizza le realtà sopra descritte, fornendo indicazioni generali sulle prospettive di incremento della dotazione di personale infermieristico delle diverse regioni (vedi anche grafico 7). Valori dell'indice superiori ad 1 (valore-soglia) indicano, in linea teorica, prospettive di sviluppo negative; valori inferiori, prospettive positive. La sovrastima determinata, soprattutto per le classi più anziane, dal fenomeno delle omesse cancellazioni, fa ritenere che, nel nostro caso, il valore-soglia sia da collocare un po' più in alto del valore teorico, intorno a 1,1 -1,2. Anche ciò considerato, rimane tuttavia evidente come, dal punto di vista del ricambio professionale, si pongano in prospettiva problemi seri per diverse regioni italiane, prime tra tutte il Friuli-Venezia Giulia, la Liguria e la Sicilia, dove l'indice di vecchiaia raggiunge il valore di 1,8-2,0 anziani per giovane.

GRAFICO 3. IP con meno di 30 anni di età per regione - Anno 2009 (valori %)



Analisi dei flussi e determinazione del fabbisogno delle professioni sanitarie

GRAFICO 4. IP con 55 e più anni di età per regione - Anno 2009 (valori %)

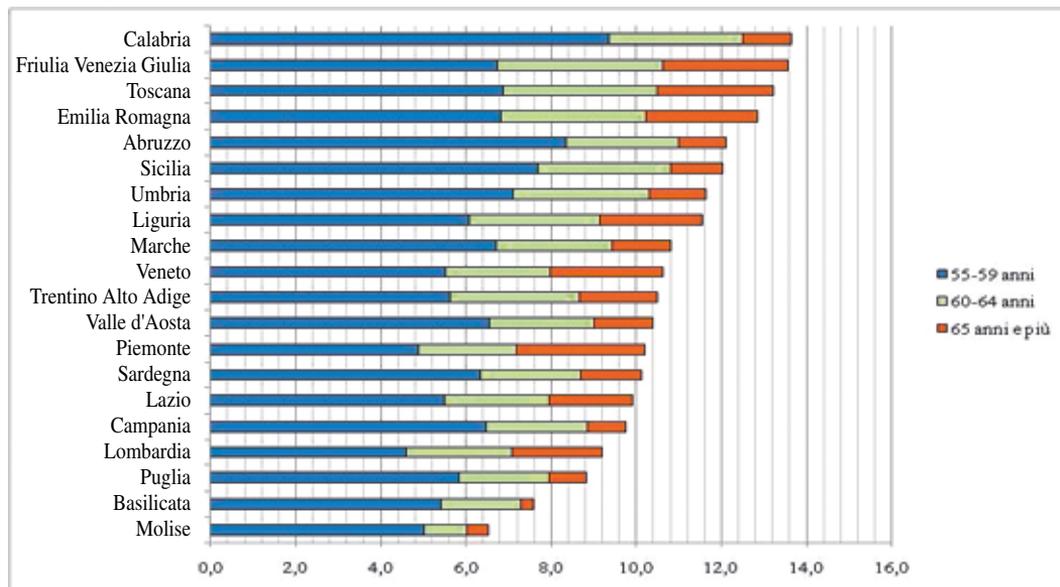
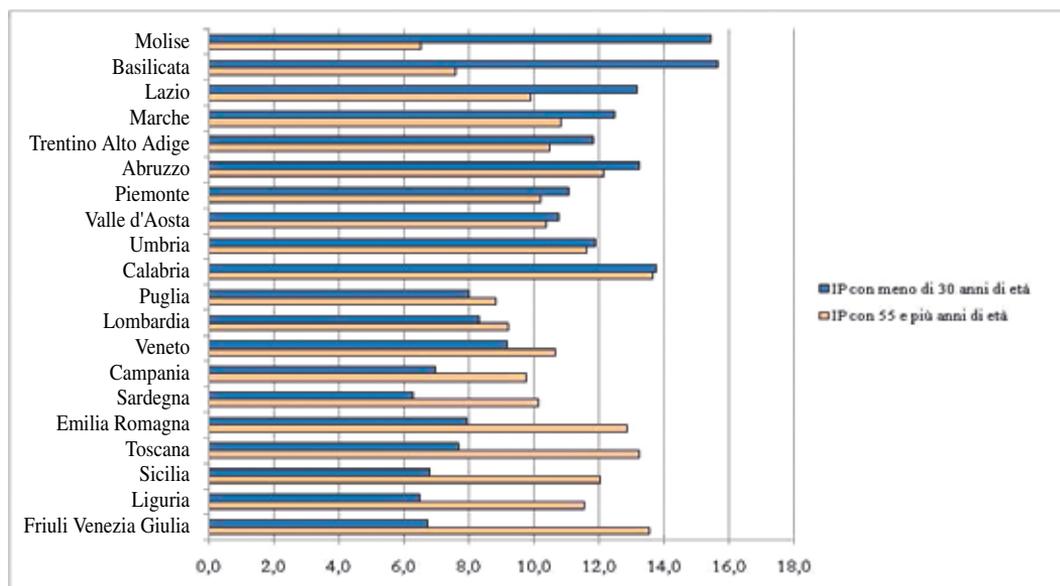


GRAFICO 5. Confronto tra IP con <30 anni e IP con 55+ anni per regione - Anno 2009



Analisi dei flussi e determinazione del fabbisogno delle professioni sanitarie

GRAFICO 6. Indice di vecchiaia degli IP per regione - Anno 2009

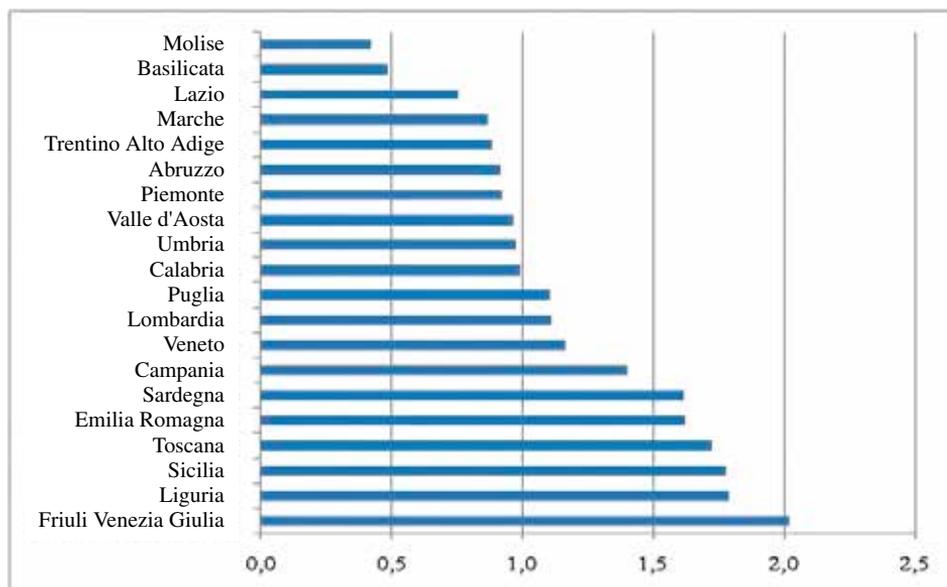


TAVOLA 5. Posti disponibili per le immatricolazioni al corso di laurea in infermieristica

AREA/REGIONE	2005-2006	2006-2007	2007-2008	2008-2009	2009-2010	2010-2011	variazione% 2005-2010
Liguria	300	316	350	410	450	450	50,0
Lombardia	1.685	1.716	1.795	1.800	1.850	2.000	18,7
Piemonte	1.022	1.133	1.155	1.215	1.243	1.241	21,4
Valle d'Aosta	30	20	20	25	28	28	-6,7
Nord-Ovest	3.037	3.185	3.320	3.450	3.571	3.719	22,5
Emilia Romagna	1.276	1.379	1.318	1.322	1.394	1.349	5,7
Friuli Venezia Giulia	160	203	190	190	285	210	31,3
Trentino Alto Adige	280	320	220	290	290	290	3,6
Veneto	1.085	1.003	1.038	988	1.191	1.341	23,6
Nord-Est	2.801	2.905	2.766	2.790	3.160	3.190	13,9
Lazio	2.490	2.640	2.818	2.855	3.325	3.359	34,9
Marche	300	350	375	375	400	450	50,0
Toscana	980	1.729	980	986	1.050	1.133	15,6
Umbria	200	346	202	253	293	280	40,0
Centro	3.970	5.065	4.375	4.469	5.068	5.222	31,5
Abruzzo	455	458	472	472	477	529	16,3
Basilicata	70	135	160	170	110	110	57,1
Calabria	500	529	776	540	445	485	-3,0
Campania	600	613	640	710	750	740	23,3
Molise	105	201	251	259	262	301	186,7
Puglia	512	545	562	821	796	779	52,1
Sud	2.242	2.481	2.861	2.972	2.840	2.944	31,3
Sardegna	130	170	220	346	425	495	280,8
Sicilia	820	796	700	803	820	766	-6,6
Isole	950	966	920	1.149	1.245	1.261	32,7
Italia	13.000	14.602	14.242	14.830	15.884	16.336	25,7

Analisi dei flussi e determinazione del fabbisogno delle professioni sanitarie

TAVOLA 6. Tasso di dispersione del corso di laurea in infermieristica

anno accademico	posti x immatricolazioni	iscritti	laureati	tasso di dispersione (+)
2004-2005	12.658	33.642	8.443	--
2005-2006	13.000	37.439	8.959	--
2006-2007	14.602	39.128	9.364	--
2007-2008	14.242	42.299	10.483	17,2
2008-2009 (*)	14.830	44.369	10.085	22,4

Fonte: elaborazione CRESME su dati MIUR

* dati provvisori

(+) tasso di dispersione (laureati *100 / posti per le immatricolazioni di tre anni prima)

TAVOLA 7. IP nuovi iscritti attesi nel periodo 2010-2013

AREA/REGIONE	2010				2011				2012				2013			
	posti 2007- 2008	laureati (*)	altri iscritti - cancell ati (x)	nuovi iscritti attesi	posti 2008- 2009	laureati (*)	altri iscritti - cancell ati (x)	nuovi iscritti attesi	posti 2009- 2010	laureati (*)	altri iscritti - cancell ati (x)	nuovi iscritti attesi	posti 2010- 2011	laureati (*)	altri iscritti - cancell ati (x)	nuovi iscritti attesi
Liguria	350	280	108	388	410	328	108	436	450	360	108	468	450	360	108	468
Lombardia	1.795	1.436	273	1.709	1.800	1.440	273	1.713	1.850	1.480	273	1.753	2.000	1.600	273	1.873
Piemonte	1.155	924	-20	904	1.215	972	-20	952	1.243	994	-20	974	1.241	993	-20	972
Valle d'Aosta	20	16	-16	0	25	20	-16	4	28	22	-16	6	28	22	-16	6
Nord-Ovest	3.320	2.656	345	3.001	3.450	2.760	345	3.105	3.571	2.857	345	3.202	3.719	2.975	345	3.320
Emilia Romagna	1.318	1.054	-96	958	1.322	1.058	-96	961	1.394	1.115	-96	1.019	1.349	1.079	-96	983
Friuli Venezia Giulia	190	152	5	157	190	152	5	157	285	228	5	233	210	168	5	173
Trentino Alto Adige	220	176	-52	124	290	232	-52	180	290	232	-52	180	290	232	-52	180
Veneto	1.038	830	68	898	988	790	68	858	1.191	953	68	1.020	1.341	1.073	68	1.140
Nord-Est	2.766	2.213	-76	2.137	2.790	2.232	-76	2.156	3.160	2.528	-76	2.452	3.190	2.552	-76	2.476
Lazio	2.818	2.254	-216	2.038	2.855	2.284	-216	2.068	3.325	2.660	-216	2.444	3.359	2.687	-216	2.471
Marche	375	300	146	446	375	300	146	446	400	320	146	466	450	360	146	506
Toscana	980	784	-451	333	986	789	-451	338	1.050	840	-451	389	1.133	906	-451	455
Umbria	202	162	32	194	253	202	32	235	293	234	32	267	280	224	32	256
Centro	4.375	3.500	-489	3.011	4.469	3.575	-489	3.086	5.068	4.054	-489	3.565	5.222	4.178	-489	3.689
Abruzzo	472	378	71	448	472	378	71	448	477	382	71	452	529	423	71	494
Basilicata	160	128	135	263	170	136	135	271	110	88	135	223	110	88	135	223
Calabria	776	621	105	726	540	432	105	537	445	356	105	461	485	388	105	493
Campania	640	512	19	531	710	568	19	587	750	600	19	619	740	592	19	611
Molise	251	201	-29	172	259	207	-29	178	262	210	-29	181	301	241	-29	212
Puglia	562	450	-83	367	821	657	-83	574	796	637	-83	554	779	623	-83	540
Sud	2.861	2.289	217	2.506	2.972	2.378	217	2.595	2.840	2.272	217	2.489	2.944	2.355	217	2.572
Sardegna	220	176	291	467	346	277	291	568	425	340	291	631	495	396	291	687
Sicilia	700	560	-103	457	803	642	-103	540	820	656	-103	553	766	613	-103	510
Isole	920	736	188	924	1.149	919	188	1.107	1.245	996	188	1.184	1.261	1.009	188	1.197
Italia	14.242	11.394	185	11.579	14.830	11.864	185	12.049	15.884	12.707	185	12.893	16.336	13.069	185	13.254

(*) I laureati sono stimati pari all'80% dei posti per le immatricolazioni disponibili tre anni prima

(x) altri iscritti (stranieri con titolo conseguito all'estero e reiscritti) e cancellati sono assunti stabili negli anni

il ruolo dell'infermiere all'interno del Dipartimento delle Dipendenze

a cura di Adriana Cattaneo

Il Dipartimento delle Dipendenze è struttura gestionale dell'ASL della provincia di Bergamo con competenze programmatiche ed erogative nell'ambito della prevenzione, cura e riabilitazione degli stati di tossicodipendenza da sostanze psicotrope legali ed illegali. L'area erogativa del Dipartimento delle Dipendenze è composta, in dipendenza gerarchica, da due strutture complesse "Servizi per le Tossicodipendenze" (Ser.T.), e da sei sedi erogative (Unità Semplici) da queste dipendenti. Sono in dipendenza funzionale dal Dipartimento delle Dipendenze tutti i Enti Accreditati del territorio, sia residenziali che semiresidenziali che ambulatoriali.

Gli ambiti di intervento sono molteplici, secondo il dettato del testo unico del Ministero della Sanità n.309/1990 in materia di tossicodipendenza e successive integrazioni, si muovono non solo nell'ottica della gestione del caso dal punto di vista sanitario, psicologico, educativo, ma anche nel favorire un accompagnamento e reinserimento sociale. I servizi erogativi (Ser.T.) devono occuparsi di tutte le sostanze d'abuso, incluse quelle legali (alcol, tabacco, farmaci) e deve poter rispondere alle più generali problematiche dell'uso di sostanze e ai diversi comportamenti compulsivi che si esprimono anche senza sostanze d'abuso (gioco d'azzardo patologico, dipendenze da videogiochi, sex addiction, shopping compulsivo). L'obiettivo generale è quello di tutelare la salute, globalmente intesa, del soggetto dipendente. Tale compito comprende una lista di obiettivi da quello più ambizioso e non sempre immediatamente conseguibile di una completa guarigione a quello, certamente più limitato ma non per questo di scarso valore, della induzione di uno stile di vita meno rischioso e di una maggiore integrazione sociale. La guarigione o il benessere di una

persona possono essere anche contraddittori e parziali, come per ogni altra patologia, sia psichiatrica che internistica o complessa. La maggior parte delle cure erogate dai servizi sanitari, sia ospedalieri che territoriali, sono rivolte a patologie cronico recidivanti.

Non esiste una risposta elettiva per risolvere tali problematiche, ma una serie di interventi, opportunamente integrati, che devono concorrere al raggiungimento di risultati oggettivamente e/o soggettivamente valutati positivamente. Tali interventi dovranno sempre essere scelti tra quelli che la evidenza clinica, scientifica e sperimentale considerano più validi.

Il servizio garantisce che il cliente riceva risposte alla sua patologia il più possibili chiare e complete, espresse in un linguaggio che risulti a lui comprensibile e garantisce informazioni precise e complete sui possibili trattamenti offerti che saranno sempre concordati e mai imposti.

Fanno parte del personale le seguenti qualifiche professionali:

- Assistenti Sociali
- Educatori
- Psicologi
- Medici
- Infermieri, I. AFD
- Personale amministrativo.

Si accolgono in front office tutte le richieste di aiuto e di consulenza, si avvia la diagnosi multidisciplinare e si predispongono quindi piani terapeutici personalizzati che possono comprendere prestazioni sanitarie, farmacologiche, psicologiche, psichiatriche, sociali, educative, di auto-aiuto, di day-hospital, interventi di "bassa soglia" per gravi problemi socio-sanitari, inserimenti in strutture comunitarie riabilitative.

Successivamente vi sarà la fase del trattamen-

il ruolo dell'infermiere all'interno del Dipartimento delle Dipendenze

to vero e proprio che porterà ad una ultima fase che prevederà il reinserimento socio-lavorativo e l'emancipazione dal servizio. Ad ogni utente verrà assegnato un operatore referente, case manager, che verrà supportato da una equipe di operatori diversi in grado di rispondere alla totalità delle esigenze e per formulare un trattamento il più completo possibile (sanitario, psicologico, sociale ed educativo). Le equipe di trattamento, composte tutte da operatori professionisti formati nel settore, hanno carattere multidisciplinare e sono inserite all'interno di una complessa rete di servizi per le dipendenze, con progetti di reinserimento socio-lavorativi.

Il servizio ha rapporti di lavoro, regolati da appositi protocolli operativi, con:

- le Comunità Terapeutiche con sede provinciale o extra provinciale;
- le Comunità terapeutiche e Centri Crisi ubicati con sede fuori regione;
- le équipes dei Distretti socio-sanitari;
- i diversi reparti ospedalieri;
- i medici di base;
- la casa circondariale di Bergamo;
- le associazioni del volontariato e dell'auto-aiuto;
- i Ser.T. distribuiti su tutto il territorio nazionale.

L'area infermieristica, fornisce il proprio contributo di competenza professionale nell'ambito della diagnosi, cura e riabilitazione delle persone che accedono al servizio. Inoltre la costante presenza infermieristica contribuisce a garantire il funzionamento dell'attività all'interno del Ser.T., quale vero collante delle prestazioni erogate dall'intera equipe.

Il contatto quotidiano con l'utenza durante la somministrazione della terapia e dell'esecuzione di esami diagnostici, costituisce per l'infermiere occasione per coadiuvare gli utenti a mantenere e rinnovare le motivazioni all'ade-

sione al programma terapeutico avviato.

All'interno del periodo di trattamento il perseguimento degli obiettivi prefissati si sviluppa attraverso un monitoraggio sia generico (mantenimento di atteggiamento relazionale, controllo della regolarità delle presenze, delle corrette modalità di assunzione, del rispetto degli appuntamenti, ecc..), sia specificamente "tecnico" (dosaggio delle sostanze e altre indagini ematologiche), in stretto rapporto con l'area sanitaria e psico-socio-educativa.

Le prestazioni infermieristiche prevedono:

- front office giornaliero;
- accoglienza nuovi utenti (colloquio informativo, esecuzione intervista semistrutturata, test di orientamento diagnostico e motivazionale, ecc) ;
- counselling motivazionale;
- approvvigionamento e tenuta dei farmaci stupefacenti e non;
- compilazione e tenuta dei registri primari e secondari per i farmaci stupefacenti, nonché di tutta la documentazione relativa ai pazienti.;
- esecuzione di prelievi ematici e urinari;
- esecuzione di esami medico legali (analisi cheratinica ed urinaria);
- esecuzione esami clinici (test etilometro, rapid test urine, rilevazione CO) ;
- somministrazione di terapia con farmaci sintomatici;
- terapie farmacologiche protratte con farmaci agonisti e antagonisti;
- sorveglianza delle patologie correlate (screening antitubercolare, vaccinazioni per epatite B, effettuazione test HIV);
- vaccinazioni antinfluenzali;
- medicazioni;
- somministrazione terapia a domicilio;
- interventi di educazione sanitaria (interna ed esterna al servizio).

il ruolo dell'infermiere all'interno del Dipartimento delle Dipendenze

Gli obiettivi che l'infermiere di un Ser.T. si prefigge di raggiungere, così come quelli di un infermiere che lavora in ambito ospedaliero, rispecchiano le norme dettate del Codice Deontologico della professione, sapendo di agire in un ambito particolarmente delicato e complesso, evidenziando l'importanza dei lavori di gruppo e dell'aspetto manageriale della propria professione.

Essendo l'infermiere l'operatore che per primo incontra la persona che si rivolge al servizio e la sua famiglia, a lui spetta il compito di accogliere la richiesta d'aiuto e di valutarne la reale urgenza e di attivare i primi interventi il più possibile mirati. Altra peculiarità è la gestione dei documenti, quali la cartella clinica sanitaria (attualmente presente una cartella clinica informatizzata in comune tra tutti gli operatori del servizio) o i registri di carico e scarico dei farmaci stupefacenti presenti al servizio, che rappresenta una responsabilità giuridica e un dovere etico e deontologico. L'infermiere è tenuto al segreto professionale verso tutte quelle informazioni alle quali viene a conoscenza dall'assistito, oppure nello svolgimento dell'attività assistenziale, che possono riguardare la persona stessa, o i suoi familiari, o altre persone.

Uno dei problemi che l'infermiere deve saper risolvere per poter lavorare a contatto quotidiano con questa tipologia di utenti, è lo stigma nei confronti della tossicodipendenza. Il ruolo che l'infermiere riveste nel programma terapeutico è quello di valutare giorno dopo giorno l'evolversi della situazione, cogliendo piccoli miglioramenti, o al contrario momenti di sconforto e di arresa della persona, capire se vi sono nuove difficoltà quali la perdita del lavoro,

l'abbandono della famiglia, il timore di aver contratto qualche patologia infettiva, e altro ancora.

L'infermiere si confronterà poi con il resto dell'equipe per trovare delle possibili strategie, non solo risolutive dei problemi insorti, ma anche responsabilizzanti per incentivare la persona a reagire. Questo però è un processo lento e difficile dove sono necessarie le competenze di più professionisti, che in base alla loro capacità riescono a trovare le giuste soluzioni ai bisogni del malato. Ecco perché in genere gli infermieri che lavorano in un Ser.T., sono altamente competenti e preparati ad interagire con le persone, hanno inoltre una lunga esperienza alle spalle (non necessariamente nel campo delle dipendenze), e necessitano nel primo periodo d'assunzione, un affiancamento a colleghi più anziani per l'acquisizione delle competenze di base per la relazione con i pazienti.





COLLEGIO INFERMIERI PROFESSIONALI
ASSISTENTI SANITARI / VIGILATRICI D'INFANZIA
BERGAMO

Evento formativo

**"Le origini,
l'attualità e il futuro
dell'infermieristica:
l'evoluzione dell'identità
professionale attraverso
le nuove modalità
organizzative dell'assistenza**

12 maggio 2011

Cineteatro G. Gavazzeni

Via Marconi, 40
24068 SERIATE (BG)

ISCRIZIONI

**SARÀ POSSIBILE ISCRIVERSI
FINO AD ESAURIMENTO POSTI**

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

Il numero massimo di partecipanti ammessi è di 300.

Per l'iniziativa è stata fatta richiesta di crediti formativi E.C.M. per tutte e tre le figure (I.P. A.S. V.I.).

Attestati crediti ECM

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

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



24125 Bergamo - Via Borgo Palazzo, 81
Telefono 035.217090 - Fax 035.236332
www.ipasvibergamo.it - collegio@infermieribergamo.it

PROGRAMMA

- 8.30 Registrazione partecipanti
- 9.00 "Dalle radici dell'assistenza infermieristica, l'identità futura dell'infermiere"
- Dott. Edoardo Manzoni
- 10.00 "La formazione infermieristica e l'identità futura dell'infermiere"
Dott.ssa Nadia Colombo
- 11.00 PAUSA
- 11.15 "Applicazione del modello per complessità assistenziale: la realtà di Forlì"
Dott.ssa S. Mambelli
- 12.15 "il modello toscano del See and Treat: programmazione e potenzialità"
Inf. F. Ugolini
- 13.15 PAUSA PRANZO
- 14.15 "L'infermiere tra realtà e prospettive: un percorso da professionisti nell'Assistenza Domiciliare Integrata in qualità di garante della presa in carico del cittadino e della continuità delle cure" - Dott.ssa A. Mangili
- 15.15 "Analisi della normativa a favore dello sviluppo di una maggiore consapevolezza del proprio agire"
Avv. D. Gamba
- 16.15 "Le proposte della rappresentanza infermieristica per una sanità migliore"
Inf. B. Mazzoleni
- 17.15 Cerimonia di premiazione decani
- 18.00 Chiusura lavori

SEGRETERIA ORGANIZZATIVA

COLLEGIO IPASVI DI BERGAMO

Tel. 035.217090 - FAX 035.236332

E-mail: collegio@infermieribergamo.it

Sito internet: www.ipasvibergamo.it

Quota di iscrizione € 10,00

MODALITÀ DI PAGAMENTO

Bonifico Bancario

intestato su UniCredit Banca

Cod. IBAN IT

12D0200811113000100043997

Bollettino di c/c postale

da versare sul c/c n. 14286249

intestato a Collegio IPASVI di Bergamo

OBIETTIVI

Ripercorrere attraverso un'attenta analisi, la storia evolutiva infermieristica, al fine di rendere gli infermieri quali professionisti intellettuali che hanno la possibilità oltre che l'opportunità di affermare la propria autonomia e professionalità in nuovi ambiti, attraverso nuovi modelli organizzativi.



Microrganismi ESBL: iniziamo a conoscerli, a temerli e a combatterli!

a cura di Claudio Dorini

Le infezioni correlate all'assistenza sanitaria costituiscono ancora oggi una grande sfida in campo clinico. Basti pensare che questa tipologia di infezioni rappresenta la sesta causa di morte negli Stati Uniti (stima riferibile anche all'Europa), con costi ad esse correlati pari a 5-10 miliardi di dollari all'anno¹.

A contribuire alla drammaticità di questo

quadro vi è la diffusione di microrganismi patogeni multiresistenti, fenomeno segnalato come in continua evoluzione.

Subito dopo la scoperta della penicillina, che contribuì ad un rapido decremento della mortalità per malattie infettive di origine batterica, nella cosiddetta "era degli antibiotici", tra il 1940 ed il 1960, furono scoperte numerose altre molecole di elevata efficacia antimicrobica tanto da indurre il *Surgeon General* William H. Stewart, massima autorità sanitaria statunitense, a dichiarare al Congresso degli Stati Uniti d'America che era arrivato il momento di chiudere il libro sulle infezioni².

Ma oggi oltre il 70% dei batteri che causano un'infezione nosocomiale hanno sviluppato resistenza ad almeno una delle molecole antibiotiche utilizzate per il loro trattamento e le malattie infettive rappresentano ancora a livello mondiale la seconda causa di mortalità e la terza nei Paesi avanzati³.

All'interno del vasto gruppo delle infezioni correlate all'assistenza sanitaria, quelle causate da batteri Gram-negativi assumono particolare importanza, proprio per la pos-



sibilità di determinare fenomeni di antibiotico-resistenza; va infatti precisato che gli antibiotici esercitano forti pressioni selettive sulle popolazioni batteriche, consentendo la sopravvivenza e la crescita di microrganismi che, per mutazione spontanea o per acquisizione di elementi genetici trasferibili (soprattutto plasmidi), sviluppano una condi-

zione di resistenza⁴.

Tra i maggiori problemi di resistenza ricordiamo *Streptococcus pneumoniae* resistente alla penicillina, *Enterococcus* spp. resistente alla vancomicina (VRE), il ben noto *Staphylococcus aureus* resistente alla meticillina (MRSA) ed, infine, la categoria oggetto di trattamento, ovvero i microrganismi resistenti alle cefalosporine di terza (e quarta) generazione (ESBL).

Iniziamo allora a comprendere di cosa stiamo parlando. Prima di tutto è necessario spiegare che esiste una particolare tipologia di enzimi batterici, chiamati β -lattamasi, in grado di inattivare gli antibiotici β -lattamici tramite un meccanismo di idrolisi (penicilline e cefalosporine sono i rappresentanti più importanti di questa classe antibiotica), dando così origine ad agenti antimicrobici inefficaci dal punto di vista terapeutico⁵. Un gruppo di β -lattamasi, cosiddetto a spettro esteso (ESBL = *extended-spectrum b-lactamases*), ha la capacità di inattivare e causare resistenza a diverse classi antibiotiche, comprese le penicilline, le cefalosporine ad ampio spettro (ce-

Microrganismi ESBL: iniziamo a conoscerli, a temerli e a combatterli!

fotaxime, ceftazidime, ceftriaxone, cefepime) e i monobattamici (aztreonam).

Risultano (per ora!) invece fortunatamente sensibili alle cefamicine (cefoxitina, cefotetan) e ai carbapenemici (imipenem, meropenem, ertapenem). Nelle infezioni meno gravi si rivela talora utile anche l'associazione Piperacillina/Tazobactam.

I microrganismi che producono ESBL rappresentano pertanto un'importante causa di fallimento della terapia antibiotica (specialmente in caso di uso empirico di antibiotici in assenza dell'antibiogramma), con conseguente incremento della morbilità e della mortalità, prolungamento dei tempi di degenza ed incremento dei costi^{6,7}.

La resistenza batterica attribuita alle β -lattamasi ad ampio spettro è stata riscontrata per la prima volta all'inizio degli anni '80, dapprima in Europa e successivamente negli Stati Uniti, dopo l'introduzione delle cefalosporine di terza generazione nella pratica clinica.

Attualmente questo meccanismo di resistenza viene riscontrato ovunque e gli enterobatteri ESBL sono riconosciuti in tutto il mondo come patogeni ospedalieri di primaria importanza. La prevalenza di infezioni da ESBL ha subito infatti un enorme incremento negli ultimi anni, raggiungendo, in alcune aree geografiche, livelli prossimi al 50%.

Anche in Italia si osserva una vasta disseminazione di questi determinanti di resistenza; dati italiani, emersi da diversi studi policentrici nazionali, indicano una percentuale di isolamento stimata tra il 4 e il 12% negli enterobatteri con variazioni geografiche e di specie. Un aspetto preoccupante recentemente emerso da questi studi è rappresentato dall'isolamento di questi enzimi anche in ambito comunitario con una media nazionale del 3.5%⁸.

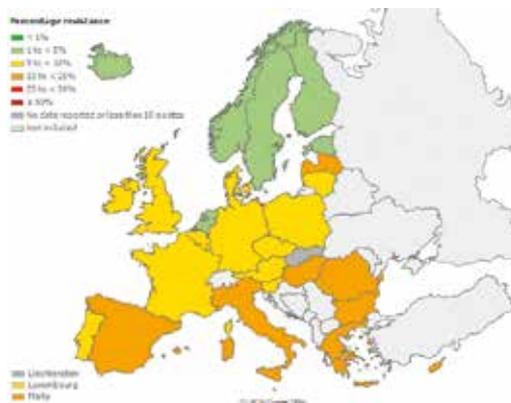


Figura 1: Resistenza alle cefalosporine di terza generazione: *Escherichia coli* (ECDC, 2009)

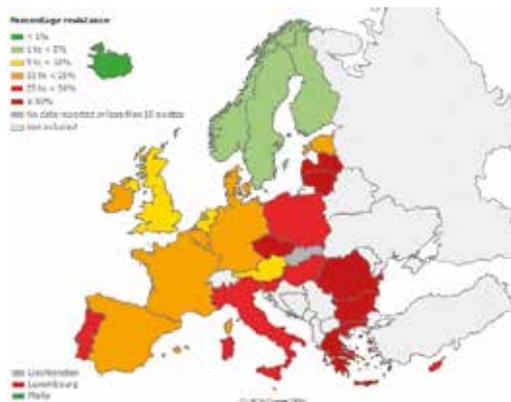


Figura 2: Resistenza alle cefalosporine di terza generazione: *Klebsiella pneumoniae* (ECDC, 2009)

Le urine, seguite da espettorato, materiale infetto da ferite chirurgiche e sangue, sono i campioni biologici da cui vengono isolati più frequentemente i patogeni produttori di ESBL, che colpiscono principalmente i reparti medici, ma anche quelli chirurgici e le terapie intensive⁹.

I batteri produttori di ESBL maggiormente rappresentativi appartengono alla classe delle Enterobacteriaceae (*Escherichia coli*, *Proteus*

Microrganismi ESBL: iniziamo a conoscerli, a temerli e a combatterli!

spp., *Klebsiella* spp., ecc); vi fanno poi parte anche bacilli non-fermentanti come *Pseudomonas aeruginosa*, *Acinetobacter baumannii* e *Stenotrophomonas maltophilia*¹⁰. Gran parte dei membri della famiglia delle *Enterobacteriaceae* ha come habitat naturale l'intestino dell'uomo e degli animali. Alcuni generi della famiglia sono patogeni per l'uomo; gli altri, abituali saprofiti, sono detti «patogeni opportunisti», perché in situazioni a loro favorevoli, possono dare origine a processi morbosi¹¹.

I processi infettivi da batteri ESBL-produttori spesso complicano il decorso clinico di pazienti affetti da polimorbilità e si rendono responsabili di infezioni delle vie urinarie, infezioni della ferita chirurgica e delle lesioni da decubito, batteriemie e sepsi, infezioni intra-addominali, polmoniti (a volte di severa entità). Nonostante si conoscano oramai più di un centinaio di varianti ESBL, individuate in base a differenze fenotipiche e genotipiche¹², la maggior parte di essi può essere suddivisa in tre gruppi ognuno con una propria epidemiologia e localizzazione geografica: TEM, SHV e CTX-M¹³. I microrganismi che producono enzimi ESBL CTX-M sono diventati il tipo più diffuso descritto negli ultimi anni, in particolare modo da alcuni paesi europei e sudamericani¹⁴.

Indagini condotte a partire dal 2000 in Canada¹⁵ e in diversi paesi europei (tra cui Spagna¹⁶, Italia¹⁷, Grecia¹⁸, Gran Bretagna¹⁹), hanno rivelato un'allarmante tendenza alla resistenza associata anche ad altri antibiotici, tra cui la co-resistenza a co-trimoxazolo, tetraciclina, gentamicina e ciprofloxacina (in Canada, fino al 66% dei soggetti isolati era resistente a quest'ultima).

Premessa fondamentale ai fini della prevenzione (ridurre il rischio di trasmissione e diffusione dei microrganismi patogeni) è che qualsiasi operatore sanitario dovrebbe porre

un'attenzione particolare all'approccio con pazienti colonizzati e/o infetti da microrganismi ESBL. Lo screening dei microrganismi ESBL si rende invece necessario per selezionare i pazienti ed (eventualmente) isolarli, con il duplice vantaggio dell'efficacia clinica e terapeutica e del contenimento dei costi. Per far ciò è necessario conoscere le caratteristiche ed i principali fattori di rischio (sia in ambito comunitario sia nosocomiale) connessi ai microrganismi ESBL. (Tabella 1)³.

	Ambito comunitario	Ambito nosocomiale
Organismo	Escherichia coli	Klebsiella spp. (e altri ESBL)
Infezione	Soprattutto infezioni delle vie urinarie ma anche batteriemie e gastroenteriti	Infezioni del tratto respiratorio, infezioni intra-addominali, sepsi
Suscettibilità	Resistenza a tutte le penicilline e cefalosporine. Alto livello di resistenza ad altre classi antibiotiche, specialmente fluorochinoloni e co-trimoxazolo	
Fattori di rischio	Frequenti infezioni delle vie urinarie (associate o meno ad una nefropatia); pregresso uso di antibiotici (specialmente cefalosporine o fluorochinoloni); pregressa ospedalizzazione e/o ricovero in casa di riposo; età (anzianità); diabete mellito; epatopatia	Ospedalizzazione prolungata; severità della patologia; ricovero prolungato presso un'unità di terapia intensiva; intubazione e ventilazione meccanica; catterizzazione vescicale; catterismo arterioso; pregresso o attuale uso di antibiotici (specialmente cefalosporine)

Microrganismi ESBL: iniziamo a conoscerli, a temerli e a combatterli!

Numerosi fattori sono infatti associati alla colonizzazione o all'infezione da batteri produttori di ESBL: in particolare, la presenza di catetere urinario o altri dispositivi medici invasivi, la durata del periodo di ospedalizzazione, una terapia antibiotica precedente, l'età avanzata, la ventilazione assistita, la presenza di ulcere da decubito, la permanenza in strutture per lungo-degenza^{20,21,22}.

Tabella 1: Caratteristiche delle infezioni causate da batteri ESBL-produttori.

Per quanto riguarda l'epidemiologia ospedaliera, c'è una sorta di "incertezza" sulle misure preventive e di controllo ottimali, le quali si suddividono in:

- misure "classiche" di igiene ospedaliera
- modifiche dell'utilizzo degli antibiotici
- decolonizzazione
- misure specifiche per case di riposo / lungo-degenze.

È stato dimostrato che le superfici e gli oggetti che si trovano nell'ambiente immediatamente a contatto con il paziente possono rappresentare una fonte di microrganismi ESBL. Fonti (seppur non così comuni) d'infezione ambientale riportate in letteratura sono:

- gel per ultrasuoni²³
- broncoscopio²⁴
- termometro ascellare²⁵
- scarafaggi²⁶
- unghie artificiali²⁷
- sapone liquido²⁸
- lavandini²⁹.

Il personale ospedaliero è stato all'origine di epidemie mediante contaminazione delle mani o colonizzazione del tratto gastroenterico^{29,30}.

Nella gestione del paziente colonizzato/infecto da microrganismi ESBL, è necessario

adottare le seguenti misure precauzionali³¹:

- obbligo di adozione di precauzioni specifiche in aggiunta a quelle standard da parte di tutto il personale che si avvicina al paziente colonizzato/infecto, ovvero:
 - germe isolato in materiale respiratorio (anche se paziente intubato): precauzioni da contatto + precauzioni per droplet
 - germe isolato da urine in paziente cateterizzato: precauzioni da contatto
 - germe isolato da sangue o da ferita: precauzioni da contatto
- le precauzioni da contatto vanno attuate anche in caso di contatto con il materiale (letto, effetti lettereci, apparecchiature, ecc..) posizionato nell'ambiente circostante il paziente
- collocazione del paziente in stanza singola o, dove non disponibile, in una stanza con il minor numero di posti letto (avendo cura di collocare vicino a quest'ultimo un paziente a "basso rischio" di infezione nosocomiale)
- se presenti due pazienti colonizzati/infecti dallo stesso microrganismo, collocarli laddove possibile nella stessa stanza
- in caso di colonizzazione/infezione dell'apparato respiratorio mantenere il paziente colonizzato/infecto ad una distanza non inferiore ad un metro con il paziente più vicino
- ove il paziente sia autosufficiente e in grado di muoversi è importante che lo stesso sia correttamente informato affinché limiti quanto più possibile i suoi movimenti, evitando la contaminazione dell'ambiente
- informare il personale (sanitario e non) che si avvicina al paziente per l'effettuazione della prestazione richiesta (ad

Microrganismi ESBL: iniziamo a conoscerli, a temerli e a combatterli!

esempio, consulenti medici, fisioterapisti, tecnici di radiologia, ecc) delle precauzioni da adottare

La decolonizzazione deve ancora essere considerata come sperimentale, e ciò non permette la raccomandazione di uno schema fisso. Laddove si intraprenda un isolamento, la letteratura non riporta raccomandazioni univoche, le quali variano anche in base alla prevalenza nazionale dei microrganismi ESBL. In linea generale è raccomandato sospendere le precauzioni adottate (contatto \pm droplet) dopo due colture negative per lo specifico microorganismo eseguite a distanza di 48 ore. È raccomandabile effettuare comunque una nuova verifica colturale 72 ore dopo la seconda coltura negativa.

Ricordiamoci però che, tra tutte le raccomandazioni utili a contrastare e a prevenire la trasmissione e la diffusione dei microrganismi ESBL ve ne è una, la più forte e oramai la più documentata in qualsiasi parte del mondo, ovvero il semplice lavaggio delle mani (od eventualmente lo strofinamento alcolico).

In conclusione, la resistenza agli agenti antibatterici è oggi uno dei maggiori problemi mondiali di salute pubblica, sia nei paesi sviluppati sia in quelli in via di sviluppo.

Sulla base di diversi studi, si può affermare che non ci sono, allo stato attuale, sufficienti dati clinici comparativi per determinare il miglior trattamento per queste tipologie di infezione. Sicuramente i carbapenemici rappresentano oggi l'opzione terapeutica

BIBLIOGRAFIA

1. Peleg AY, Hooper DC. Hospital-Acquired Infections Due To Gram-Negative Bacteria. *N Engl J Med* 2010; 362: 1804-13
2. Cohen ML. Changing patterns of infectious disease. *Nature* 2000; 406: 762-7
3. Fauci AS. Infectious diseases: considerations for the 21st century. *Clin Infect Dis* 2001; 32: 675-85
4. Romero E, Filice G, Miragliotta G. *Microbiologia Medica*. McGraw-Hill, Milano, 2000
5. Simon C, Stille W. *Handbook di Terapia Antibiotica – Guida Globale*. Mediserve, Napoli, 2000
6. Patterson JE. Antibiotic utilization. Is there an effect on antimicrobial resistance? *Chest* 2001; 119: 426-30
7. Masterton R, Drusano G, Paterson DL et al. Appropriate antimicrobial treatment in nosocomial infections - the clinical challenges. *J Hosp Infect* 2003; 55: 1-12
8. Nicoletti G, Stefani S. Infezioni da patogeni produttori di β -lattamasi a spettro esteso. *GIMMOC* 2006; 10: 3-4
9. Grossi P. Le infezioni da patogeni produttori di beta lattamasi a spettro esteso: impatto clinico e scelte terapeutiche. *GIMMOC* 2006; 10: 19-27
10. Marchiaro G, Farina EC. *Infezioni Ospedaliere*. Centro Scientifico Editore, Torino, 2007
11. Marchiaro G, Goglio A, Grigis A. *Elementi di Microbiologia Clinica*. Edizioni Sorbona, Milano, 1989
12. Branger C, Zamfir O, Geoffroy S et al. Genetic Back-ground of *Escherichia coli* and Extended-spectrum β -lactamase Type. *Emerg Infect Dis* 2005; 11: 54-61
13. Pitout JD, Laupland KB. Extended-spectrum β -lactamase-producing Enterobacteriaceae: an emerging public-health concern. *Lancet Infect Dis* 2008; 8: 159-66
14. Canton R, Coque TM. The CTX-M β -lactamase pandemic. *Curr Opin Microbiol* 2006; 9: 466-75
15. Pitout JD, Church DL, Gregson DB et al. Molecular epidemiology of CTX-M-producing *Escherichia coli* in the Calgary Health Region: emergence of CTX-M-15-producing isolates. *Antimicrob Agents Chemother* 2007; 51: 1281-6
16. Rodriguez-Bano J, Navarro MD, Romero L et al. Epidemiology and clinical features of infections caused by extended-spectrum β -lactamase-producing *Escherichia coli* in non-hospitalized patients. *J Clin Microbiol* 2004; 42: 1089-94
17. Mugnaioli C, Luzzaro F, De Luca F et al. CTX-M-type extended-spectrum β -lactamases in Italy: molecular epidemiology of an emerging countrywide problem. *Antimicrob Agents Chemother* 2006; 50: 2700-06
18. Pournaras S, Ikonomidis A, Sofianou D et al. CTX-M-type β -lactamases affect community *Escherichia coli* treatment, Greece. *Emerg Infect Dis* 2004; 10: 1163-4
19. Woodford N, Ward ME, Kaufmann ME et al. Community and hospital spread of *Escherichia coli* producing CTX-M extended-spectrum β -lactamases in the UK. *J Antimicrob Chemother* 2004; 54: 735-43
20. Asensio A, Oliver A, Gonzalez-Diego P et al. Outbreak of a

Microrganismi ESBL: iniziamo a conoscerli, a temerli e a combatterli!

di prima scelta (con la sola eccezione delle infezioni delle vie urinarie dove, se vi è sensibilità *in vitro*, viene indicato un fluorocinolone).

Conoscere l'epidemiologia locale rappresenta uno strumento fondamentale per guidare la scelta terapeutica più appropriata³²; sarebbe altresì auspicabile un impegno culturale maggiore, al fine di una maggiore conoscenza di queste infezioni e quindi una migliore gestione.

Certamente l'attuazione di politiche restrittive sull'utilizzo di antibiotici piuttosto che misure d'isolamento per controllare eventuali cluster epidemici si rendono spesso necessarie, ma è ora che ognuno di noi inizi a riflettere seriamente sul prezzo da pagare, non solo per le risorse necessarie

ad una sorveglianza attiva e alle misure di isolamento, ma soprattutto in termini di vite umane che ogni anno perdiamo per un'infezione assistenza-correlata.

Chiediamoci se non è arrivato il momento di investire nell'implementazione delle misure di prevenzione di routine, come le precauzioni standard e l'igiene delle mani.

Lavarci qualche volta di più le mani ... in fondo non costa nulla!



- multiresistant *Klebsiella pneumoniae* strain in an intensive care unit: antibiotic use as risk factor for colonization and infection. *Clin Infect Dis* 2000; 30: 55-60
21. Bisson G, Fishman NO, Patel JB et al. Extended-spectrum betalactamase-producing *Escherichia coli* and *Klebsiella species*: risk factors for colonization and impact of antimicrobial formulary interventions on colonization prevalence. *Infect Control Hosp Epidemiol* 2002; 23: 254-60
 22. Sandoval C, Walter SD, McGeer A et al. Nursing home residents and Enterobacteriaceae resistant to third-generation cephalosporins. *Emerg Infect Dis* 2004; 10: 1050-5
 23. Gaillot O, Maruejols C, Abachin E et al. Nosocomial outbreak of *Klebsiella pneumoniae* producing SHV-5 extended-spectrum beta-lactamase, originating from a contaminated ultrasonography coupling gel. *J Clin Microbiol* 1998; 36: 1357-60
 24. Branger C, Bruneau B, Lesimple AL et al. Epidemiological typing of extended-spectrum β -lactamase-producing *Klebsiella pneumoniae* isolates responsible for five outbreaks in a university hospital. *J Hosp Infect* 1997; 36: 23-7
 25. Rogues AM, Boulard G, Alley A et al. Thermometers as a vehicle for transmission of extended-spectrum-beta-lactamase producing *Klebsiella pneumoniae*. *J Hosp Infect* 2000; 45: 76-7
 26. Cotton MF, Wasserman E, Pieper CH. Invasive disease due to extended-spectrum β -lactamase producing *Klebsiella pneumoniae* in a neonatal unit: the possible role of cockroaches. *J Hosp Infect* 2000; 44: 13-7
 27. Gupta A, Della-Latta P, Todd B et al. Outbreak of extended-spectrum beta-lactamase-producing *Klebsiella pneumoniae* in a neonatal intensive care unit linked to artificial nails. *Infect Control Hosp Epidemiol* 2004; 25: 210-5
 28. Szabó D, Filetoth Z, Szentandrássy J et al. Molecular epidemiology of a cluster of cases due to *Klebsiella pneumoniae* producing SHV-5 extended-spectrum β -lactamase in the premature intensive care unit of a Hungarian Hospital. *J Clin Microbiol* 1999; 37: 4167-9
 29. Hobson RP, MacKenzie FM, Gould IM. An outbreak of multiply-resistant *Klebsiella pneumoniae* in the Grampian region of Scotland. *J Hosp Infect* 1996; 33: 249-62
 30. French GL, Shannon KP, Simmons N. Hospital outbreak of *Klebsiella pneumoniae* resistant to broad-spectrum cephalosporins and beta-lactam-beta-lactamase inhibitor combinations by hyperproduction of SHV-5 beta-lactamase. *J Clin Microbiol* 1996; 34: 358-63
 31. Cerquetani F, Batticiocca D. Procedura Operativa per l'isolamento dei pazienti con colonizzazione/infezione da germi multiresistenti in area medica e in area chirurgica. Azienda Complesso Ospedaliero San Filippo Neri, Roma, 2004
 32. Rossotti R, Brigante G, Molteni C et al., Infezioni da Enterobacteriaceae ESBL produttrici: profili di antibiotico-resistenza e appropriatezza delle scelte terapeutiche. Poster presentato al 9° Congresso Nazionale della Società Italiana di Malattie Infettive e Tropicali (SIMIT), 24-27 novembre 2010, Roma

La trasmissione verticale dell'infezione da HIV. L'esperienza in una realtà africana".

A cura di Silvia Mandelli

Per concludere il corso di laurea in Scienze Infermieristiche ho avuto l'opportunità di trascorrere cinque mesi, tra il 2007 ed il 2008, presso il Tabaka Mission Hospital, in Kenya, dove ho potuto svolgere tirocini in diversi reparti ospedalieri, frequentare le cliniche mobili, che garantiscono assistenza sanitaria a donne e bambini che non possono accedere all'ospedale, e partecipare all'avvio di un nuovo progetto per il trattamento gratuito delle persone con infezione da HIV, il Comprehensive Care Center. Durante la permanenza a Tabaka ho anche raccolto materiale per terminare la stesura della tesi di laurea inerente la trasmissione verticale dell'HIV con l'obiettivo, in particolare, di confrontare gli interventi preventivi della trasmissione verticale, riconosciuti ed attuati a livello internazionale perché basati sulle migliori evidenze scientifiche, e gli interventi effettivamente attuati in una realtà africana con risorse limitate.

Ogni anno, circa il 15% delle nuove infezioni da HIV è dovuto alla trasmissione verticale; tuttavia nei paesi industrializzati questa trasmissione è un evento sempre più raro grazie all'applicazione delle linee guida: attraverso profilassi antiretrovirale per la donna in gravidanza e durante il parto, parto cesareo elettivo e variazioni delle manovre ostetriche, profilassi antiretrovirale postesposizione per il neonato ed allattamento artificiale, la trasmissione verticale può essere ridotta drasticamente fino a meno del 2%. I servizi di diagnosi e cura nei paesi industrializzati sono generalmente ben sviluppati e le donne gravide possono accedervi facilmente ed assumere i 3 farmaci antiretrovirali previsti già a partire dalla 12^a settimana di gestazione, come consigliano i protocolli standard. Il parto cesareo in elezione, come modalità preventiva della trasmissione verticale, è considerato avere benefici

superiori rispetto ai rischi insiti nell'intervento chirurgico e ad ogni modo, durante travaglio, parto e postpartum gli ospedali sono in grado di fornire assistenza e terapie adeguate. Infine, l'allattamento artificiale è costoso ma, in genere, sostenibile per una famiglia di un paese ricco, mentre laddove vi siano difficoltà economiche e sociali spesso i servizi di assistenza o le associazioni di volontariato riescono a sostenere la coppia madre-figlio.

La situazione è ben diversa nei paesi in via di sviluppo dove la scarsità di risorse economiche, strutturali, umane e la carenza di formazione del personale sanitario e della popolazione influenzano la quantità e la qualità dei servizi offerti. Durante l'elaborazione della tesi sono effettivamente emerse differenze di gestione della prevenzione della trasmissione verticale dell'HIV tra i paesi industrializzati e quelli con risorse limitate: senza alcun intervento preventivo, il rischio di trasmissione verticale dell'HIV sale al 20-45%. Il Kenya segue, in parte, le linee guida che l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha stilato per i paesi in via di sviluppo tenendo conto della scarsità di risorse e del contesto sociale: le linee guida internazionali, infatti, devono essere adattate anche alla realtà socio-culturale del paese per permettere una loro adeguata implementazione e una buona compliance della popolazione in quanto lo stigma ed i pregiudizi verso l'infezione da HIV sono molto diffusi.

Avendo trattato il contesto specifico del Tabaka Mission Hospital non è possibile generalizzare, tuttavia questa realtà può essere esemplificativa dei traguardi raggiunti e raggiungibili: molte altre realtà africane non sono ancora in grado di offrire servizi di prevenzione e cura a questo livello.

In Kenya le cure sanitarie sono a totale carico del cittadino e l'assicurazione non è obbliga-

La trasmissione verticale dell'infezione da HIV. L'esperienza in una realtà africana".

toria, ma a Tabaka la terapia antiretrovirale è offerta gratuitamente dal Comprehensive Care Center, gestito dall'organizzazione statunitense AIDS Relief in modo che chiunque possa accedere alle cure. Grazie a questo, le donne che rientrano nei criteri d'inizio del trattamento per la propria salute possono assumere la terapia antiretrovirale combinata di tre farmaci come previsto dalle linee guida internazionali e non solamente la profilassi per la prevenzione della trasmissione verticale, riducendo ulteriormente il rischio d'infezione perinatale. Per le donne che non siano già in trattamento per la propria salute, la profilassi antiretrovirale di tre farmaci dalla 12^a settimana di gravidanza (attuata nei paesi con risorse) è sostituita da quella, più sostenibile, di un unico farmaco (zidovudina) dalla 28^a settimana combinato ad una singola dose di nevirapina durante il travaglio, mentre al neonato si somministrano la nevirapina in singola dose e la zidovudina dalla nascita per 4 settimane anziché per 6.

Questa terapia, associata al parto cesareo elettivo ed all'allattamento artificiale, ridurrebbe il rischio di trasmissione verticale dell'HIV al 2-4%, ma il parto cesareo elettivo non è previsto in quanto poco applicabile per il rischio infettivo, la mancanza di personale ed i costi. L'allattamento artificiale dipende dalla disponibilità economica della famiglia, così come dalla sicurezza dell'acqua e dalle condizioni igieniche: se l'infermiere, durante il counseling per l'alimentazione del neonato, constata che l'alimentazio-

ne sostitutiva non è sostenibile o sicura viene consigliato l'allattamento al seno esclusivo per i primi 6 mesi di vita del bambino. Tuttavia questa pratica è spesso disattesa quando le madri, durante il lavoro nei campi, affidano i figli ad un parente che li nutre con alimenti diversi dal latte materno.

Gli interventi preventivi perinatali sono attuati qualora la donna conosca il proprio stato d'infezione, eppure gran parte della popolazione non si sottopone al test perché teme di essere emarginata dal compagno/a e dalla comunità. I servizi di diagnosi non sono diffusi ovunque, il Tabaka Mission Hospital offre counseling e test in diverse sedi: nei reparti ospedalieri, nei servizi rivolti a madri e figli in ospedale e nei villaggi raggiunti dalle cliniche mobili (Maternal and Child Health), e soprattutto nel centro specializzato (Voluntary Counseling and Testing).

Le donne sono seguite durante e dopo la gravidanza con una buona continuità assistenziale, anche grazie al lavoro delle cliniche mobili che incontrano le persone direttamente nei villaggi. Data la tipologia e la durata del



La trasmissione verticale dell'infezione da HIV. L'esperienza in una realtà africana".

contatto con le madri, questa è la realtà dove la prevenzione può avere migliori risultati e su cui puntare.

Benché non vi siano dati per verificare l'efficacia delle attività preventive svolte a Tabaka, esse dimostrano che anche in una realtà africana con risorse limitate è possibile intervenire per ridurre la trasmissione verticale dell'HIV: il lavoro svolto dall'ospedale in questo ambito è un buon esempio ed è auspicabile che sia seguito da altre strutture.

Tuttavia la realtà può essere ancora migliorata: durante i corsi di formazione predisposti a Tabaka per il personale sanitario, sono emerse carenze nelle conoscenze dell'infezione da HIV, particolarmente da parte del personale con un livello di istruzione inferiore. Le discussioni, anche con lavori di gruppo, hanno affrontato e cercato di modificare le credenze, i pregiudizi, lo stigma riguardo all'HIV ed i tabù sulla sessualità, ancora molto diffusi tra

la popolazione ed il personale sanitario. Questo a dimostrazione che le barriere culturali, effettivamente presenti, non sono però insormontabili. Il personale sanitario di tutti i reparti potrebbe essere ulteriormente preparato a gestire servizi inerenti l'HIV attraverso corsi di formazione concernenti le basi conoscitive e metodologiche, in modo da incentivare l'uso sistematico degli strumenti a disposizione nella prevenzione e nella diagnosi dell'HIV e da favorire l'adesione ai protocolli.

Gli infermieri in particolare possono svolgere un ruolo chiave, in quanto più vicini all'utente, addestrati ad operare in una varietà di contesti (non solo ospedalieri) e con responsabilità assistenziale, riabilitativa, di promozione della salute e di prevenzione delle malattie. Un infermiere ben preparato può davvero fare la differenza in un ambito come quello dell'educazione sanitaria che, per l'infezione da HIV, è essenziale.



Medici senza frontiere: l'esperienza di un'infermiera bergamasca

A cura di Daniela Oberti

Sono Daniela, ho 29 anni, lavoro agli ospedali Riuniti da 7 anni e sono di ritorno dalla mia seconda missione con Medici Senza Frontiere a Gibuti ville, la capitale del Gibuti.

Probabilmente molti di voi in questo momento si staranno chiedendo dove si trova questo poco conosciuto o addirittura sconosciuto Gibuti...

Si tratta di un piccolo Paese del Corno d'Africa, la sua superficie equivale a quella della Lombardia e confina con Somalia, Etiopia ed Eritrea.

E' un paese di 800.000 abitanti circa, di cui l'80% concentrati nella capitale affacciata sul Mar Rosso.

Ben l'89% del territorio è desertico: il clima è arido e le temperature elevate (si pensa sia il Paese più caldo della Terra, fino a 54 gradi!) fan sì che sia scarso di risorse idriche e terre coltivabili.

Il Gibuti deve così importare la quasi totalità dei beni alimentari di prima necessità, di conseguenza i prezzi sono elevati.

L'economia è rappresentata, oltre che dal piccolo commercio, dal settore terziario, ovvero dai trasporti offerti da due porti della capitale che permettono gli scambi commerciali tra Etiopia e Europa, Asia o Arabia.

L'economia del Paese deve dipendere dagli aiuti internazionali e buona parte delle entrate sono derivate dalla presenza di basi militari straniere sul territorio. Gibuti rappresenta infatti un punto strategico per il controllo dei commerci del mar Rosso, per la sorveglianza della pirateria somala e dopo l'11 settembre anche il controllo dei movimenti estremisti islamici.

La disoccupazione è elevata (supera la soglia del 60%) e nel 2005 il governo ha deci-

so di sopprimere la gratuità delle cure: ciò favorisce l'accrescere della povertà.

I poveri sono il 70% della popolazione urbana della capitale e si concentrano nei quartieri della bidonville.

Infatti questa capitale, seppure offra ben poco per i suoi abitanti, attira numerosi migranti dai Paesi vicini, diventando così un movimentato crocevia di persone.

Si tratta in parte di rifugiati somali in fuga da un Paese in guerra da anni, ma non mancano migranti dall'Etiopia, dall'Eritrea e dalle campagne interne del Gibuti in cerca di una vita migliore, di un lavoro.

La popolazione migrante, stimata il 15% della popolazione totale, si aggiunge così alla popolazione delle bidonville dove le condizioni sono precarie.

Spesso mancano l'elettricità, l'acqua, il sistema di fognature è minimo, le piccole abitazioni sono scadenti e sovraffollate. Le case sono di lamiera, ma anche di cartone, cellophane o ogni altro pezzo di scarto che si può recuperare dalle discariche, come la portiera di un'auto o i barili della benzina.

Non mancano famiglie che vivono con i loro figli ai cigli delle strade o che vivono



Medici senza frontiere: l'esperienza di un'infermiera bergamasca

nei quartieri senza una casa, utilizzando un semplice cartone come letto per la notte.

In questo contesto risultano carenti anche i servizi sanitari essenziali.

Alcune cifre parlano da sole: a Gibuti abbiamo 0,21 medici su 1000 abitanti (contro i 4,1 in Italia), la mortalità infantile è di 58,33 su 1000 nati vivi (contro i 4,4 dell'Italia).

La speranza di vita è di 58 anni per gli uomini e 63 per le donne (contro i 78,9 e 84,2 dell'Italia).

Le patologie più frequenti in queste popolazioni sono la conseguenza delle scarse condizioni igieniche, del sovraffollamento e della malnutrizione.

Pensate che nelle famiglie si mangia spesso un solo piatto al giorno con riso o "galette" (farina e acqua) che fornisce uno scarso apporto calorico. Alla malnutrizione si associano facilmente infezioni polmonari e gastroenteriche, tubercolosi, HIV e stagionalmente malaria e colera.

Come vi dicevo le consultazioni, le indagini diagnostiche e di laboratorio nonché i medicinali sono a pagamento, il che finisce ovviamente per creare una difficoltà all'accesso alle cure per buona parte della popolazione.

Medici senza frontiere è presente a Gibuti dalla fine del 2008, in risposta all'appello fatto dal governo gibutiano alle organizzazioni internazionali per una crisi alimentare infantile e in questo tempo ha installato un ospedale

da campo di 45 posti letto per i bambini malnutriti con complicazioni gravi, come anemia, disidratazione, polmoniti gravi e sostiene sei dei dieci ambulatori statali.

In particolare il mio lavoro consisteva in due attività: una "sul campo" e una negli ambulatori.

La prima consisteva nel gestire un'equipe mobile fatta di dodici ANM (agenti nutrizionali mobili), persone locali formate da MSF con le quali facevo "dépistage", ovvero una capillare visita porta a porta per identificare nelle famiglie i bambini malnutriti, accompagnarli in ospedale o ambulatorio quando necessario e fare educazione igienico-sanitaria alle mamme.

Per identificare i bambini malnutriti usavamo il MUAC, un braccialetto colorato che misura il perimetro brachiale del bambino fino a cinque anni e a seconda della misura, indicata da un colore, evidenzia il grado di nutrizione del bambino stesso. Si tratta di un pratico strumento che non richiede conoscenze cliniche e quindi utilizzabile da tutti.

Una volta a settimana creavamo una sorta di ambulatorio all'aperto nei quartieri più distanti e difficilmente accessibili.

La seconda attività consisteva nel lavorare negli ambulatori pediatrici. Con gli ANM ero di supporto al personale del Ministero della Salute: ci occupavamo della rilevazione dei parametri antropometrici, della consultazione settimanale, della distribuzione gratuita di farmaci e alimenti terapeutici come il Plumpynut¹, nonché delle razioni di cibo di sostegno per le

1. Plumpynut: è un tipo di alimento terapeutico pronto all'uso. Ha l'aspetto di un panetto di burro ed è composto da una crema di arachidi, zucchero, grassi vegetali, latte in polvere, con aggiunta di sali minerali e vitamine (A, C, D, E, B1, B2, B6, B12), biotina, acido folico, acido pantotenico, niacina (B3). Un panetto pesa 92 grammi e contiene circa 500 calorie. Permette di recuperare peso in tempi molto rapidi. Il grande vantaggio del Plumpynut è che non ha bisogno di essere diluito, eliminando così il rischio di malattie dovute all'acqua impura. I bambini possono succhiarlo direttamente dalla confezione, evitando di toccarlo con le mani sporche.

Medici senza frontiere: l'esperienza di un'infermiera bergamasca

famiglie. Il mio compito era quindi di lavorare fianco a fianco a questo personale locale per una formazione pratica, fornire conoscenze teoriche e gli strumenti necessari, collaborare all'organizzazione del lavoro e delle attività.

Sicuramente un lavoro impegnativo: la giornata iniziava alle 6.30 del mattino e proseguiva sotto il sole cocente fino a sera, non sono mancate delusioni e frustrazioni, ma vi assicuro che un "grazie" delle mamme che vedono guarito il loro bambino che guarisce e torna a sorridere ripaga di ogni sforzo!

A Gibuti tutto il lavoro di Medici senza frontiere viene svolto, come negli altri Paesi in cui opera, con la stretta collaborazione con il Ministero della Salute locale al fine di mettere in piedi un'organizzazione che sia sostenibile dal sistema sanitario locale e che possa essere, se possibile, duraturo nel tempo, anche una volta che l'organizzazione umanitaria ha lasciato il Paese.

MSF lavora quindi non solo nell'ambito di emergenze sanitarie (terremoti, inondazioni, epidemie) e conflitti, come sentiamo spesso parlare, ma anche in contesti più dimenticati, contesti di post conflitto o laddove, come in questo caso, c'è povertà e manca l'accesso alle cure.

Ogni anno, circa 2,200 operatori internazionali collaborano con lo staff locale di MSF all'interno dei progetti in più di 60 Paesi nel mondo. Si tratta di professionisti sanitari, ma anche di figure non sanitarie come logisti, amministratori, responsabili dell'educazione alla salute.

La maggior parte delle persone che operano nelle missioni sono reclutate localmente tra la popolazione residente: in genere, in ogni progetto, il personale dello staff locale è dieci volte superiore a quello espatriato.

In particolare gli infermieri espatriati si possono occupare, oltre che dell'assistenza nei di-



Medici senza frontiere: l'esperienza di un'infermiera bergamasca



versi reparti ospedalieri o nei centri di salute, anche di attività più specifiche come la gestione dell'igiene ospedaliera, la sterilizzazione, la farmacia, oppure di emergenze nutrizionali

o campagne di vaccinazione. Sono molto importanti le capacità di formare, supervisionare e gestire team di personale sanitario e infermieristico locale.

Se volete lavorare con MSF i requisiti indispensabili per un infermiere sono:

- ✓ diploma di infermiere professionale
- ✓ due anni di esperienza lavorativa professionale recente
- ✓ una tra le seguenti caratteristiche:
 - corso di medicina tropicale riconosciuto dal circuito troped (per info www.troped.org)
 - significative esperienze lavorative in paesi in via di sviluppo
 - profilo specifico: sala operatoria (strumentista), area critica, pediatria...
 - ottima conoscenza di francese e/o inglese

Inoltre non ci sono limiti di età, ma è richiesta solo una buona condizione fisica e una valida motivazione.

**Per maggiori informazioni vi consiglio di visitare il sito di MSF Italia:
<http://www.medicisenzafrotiere.it/particonnoi/>**

Per avere invece informazioni o partecipare in prima persona al gruppo di volontari che opera a Bergamo per l'attività di sensibilizzazione, raccolta fondi e punto di riferimento locale per gli operatori umanitari, ecco il telefono e l'indirizzo di posta elettronica: 3454638171, info.bergamo@rome.msf.org (la referente è l'infermiera Giovanna Perri)

Promozione Immagine: si riparte da noi...a Lilliput!

A cura di Marina Lanzi

Doveroso un aggiornamento sul lavoro svolto da tanti colleghi che per sensibilità propria e per il contemporaneo ruolo di padri e madri che hanno svolto nel corso di questo anno appena trascorso, attivandosi quali collaboratori al progetto della Promozione dell'Immagine della propria professione.

A Febbraio la nostra collega Rosy ha riattivato la collaborazione con la **Scuola Materna Angelini di Valtesse** a Bergamo. Poi sono sopraggiunti gli impegni alla **Scuola Primaria di Grone, Scuola Primaria di Osio Sotto** (nel progetto alla salute delle classi terze); **Scuola Materna di Monterosso** in Bergamo. A Marzo la **Scuola Materna di Scanzorosciate** è stata coinvolta per intero, un centinaio di bimbi, incontro tenuto da più colleghe. La **Scuola Materna di Lallio** e, ad Aprile, la **Scuola Materna di Torre de' Roveri** e la **Scuola Primaria Alberico da Rosciate di Bergamo** per le classi prime nel progetto del lavaggio delle mani.

Lilliput ha assorbito le energie di tutti noi da fine Aprile ai primi di Maggio e a Giugno la **Scuola Materna di Gorle** ha concluso gli interventi per l'anno scolastico 2009/2010.

Già in questo nuovo anno scolastico 2010/2011 abbiamo ricevuto delle prenotazioni e abbiamo i nominativi di colleghe che sanno cogliere con ironia l'aspetto ludico legato alla propria professione.

A fine Gennaio abbiamo già in cantiere

le prime prenotazioni di interventi, uno dei quali alla **Scuola Materna di Villa di Serio "Cavalli"** con la Collega Veronica che vedrà coinvolti 60 bimbi tra grandi e mezzani.

Gli interventi vertono sulla presentazione della figura infermieristica, sulla spiegazione degli interventi infermieristici e sulla spiegazione di norme di igiene, quali il lavaggio delle mani che viene spiegato e attuato con l'ausilio di cartelloni disegnati con fumetti grazie al nostro ormai noto collega Damiano Nembrini. Abbiamo altro materiale didattico che può essere utilizzato in ausilio alle spiegazioni e largite oltre al materiale reale che utilizziamo nel nostro quotidiano che è poi quello che incuriosisce maggiormente i bimbi, vedi flebo, siringhe, cerotti, provette....

Le scuole primarie generalmente presentano una scaletta dettata dal Programma Formativo Scolastico e l'incontro tra la collega e l'insegnante ha lo scopo di programmare l'intervento al di là del momento ludico.

La ludoteca di Redona quest'anno non ci ha visto partecipi alla Festa annuale di Settembre ma il rapporto collaborativo prosegue e siamo in contatto con il **Centro Polivalente del Comune di Bergamo di S. Caterina** che ci ha chiesto di intervenire in più appuntamenti centrati su più fasce d'età. Con la **Ludoteca di Redona** siamo in contatto per un incontro un sabato mattina di Febbraio.

Marzo ci vedrà impegnati alla **Scuola Ma-**



Promozione Immagine: si riparte da noi...a Lilliput!

terna di Colognola per 3 incontri mirati sul lavaggio delle mani.

Lilliput quest'anno cadrà tra il 10-17 Aprile 2011 e chiedo già da ora ai colleghi interessati di tenersi uno spazio libero in agenda per quando verranno contattati telefonicamente dal Collegio, per quanti volessero mettersi in gioco chiedo di lasciare presso il Collegio il proprio recapito telefonico e saranno contattati (a stimolo lasciamo a loro delle immagini che documentano lo scorso anno a Lilliput!).

Ormai i collaboratori sono numerosi ma trovare nuova linfa vitale alle iniziative è energizzante e rinvigorente per tutti. Siamo pensando al nuovo stand a Lilliput e vi attendiamo numerosi. Grazie a tutti voi e mi pare giusto mettere i nomi di quante hanno collaborato lo scorso anno scolastico :

Enza, Antonella, Caterina, Dania, Renata, Augusta, Giuseppina, Liliana, Veronica, Lidia, Laura, Simona, Gottardo, Antonella, Sara, Fiorella, Barbara, Sara, Anna Grazia, Marina, Denise, Maria Teresa, Susanna, Maria Grazia, Anna Maria, Barbara, Mariangela, Giada, Santa, Nunzio, Alessandra, Lucia, Diego, Veruscka, Ileana, Mariella, Cristina, Emanuela, Aurora, Maria Cristina, Giulia, Cinzia, Ornella, Nidia, Debora, Damiano, Egler, Paola, Milena, Ivanna, Rosangela, Nives, Pamela, Monica, Marcella, Sabrina, Roberta, Adelaide, Giacomina, Luca, Irene, Maria Concetta, Beatrice, Flavia, Emanuela, Rossella, Pierangela .

Grazie ai figli di tutti loro che inconsapevolmente hanno dato impulso e valore aggiunto a quanto la professione quotidianamente richiede.



Lavori in corso per la nuova sede: a che punto siamo?

a cura di Simone Jamoletti

Proseguono senza sosta i lavori di costruzione della nuova sede, situata a Bergamo in via Rovelli (zona Ortomercato) in un luogo indicato dai Piani del Territorio del Comune di Bergamo in continua espansione e riqualificazione. La nuova sede fa parte di un complesso residenziale denominato "La Gargana": come si può evincere dalle foto, la sede si trova all'interno di un'ampia Corte con finiture di grande pregio. Molteplici sono i punti di forza che han-

no convinto all'acquisto di questa porzione di stabile: partendo da una maggiore facilità di accesso alla struttura con la futura costruzione di un grande parcheggio adiacente la sede stessa, si arriva alla più ampia metratura rispetto alla sede attuale con la presenza al suo interno di una sala Convegni che potrà ospitare eventi con la presenza di sessanta infermieri ed il conseguente abbattimento dei costi di iscrizione ai corsi.



Lavori in corso per la nuova sede: a che punto siamo?

Una sede a misura di...Collega, facilmente raggiungibile e fruibile grazie a spazi più grandi, dove sono previste postazioni internet e spazi di consultazione che potranno essere utilizzati gratuitamente.

Una sede prestigiosa, il cui acquisto ha richiesto e richiede un notevole sforzo economico ma che porterà a noi Professionisti la possibilità di avere un luogo d'incontro e confronto consono all'importanza che il nostro Ordine ricopre.



*Lavori in corso per la nuova sede:
a che punto siamo?*



GLI INFERMIERI INCONTRANO I CITTADINI

**CORSO INFORMATIVO
TEORICO/PRATICO
DI PRIMO SOCCORSO**

**CORSO
GRATUITO**



6 MAGGIO 2011 - 9 MAGGIO 2011 ORE 20.30/22.30

- **Ruolo del soccorritore occasionale:** regole generali per una buona condotta, (cosa si deve e cosa non si deve fare).
- **La rianimazione cardiopolmonare nell'adulto e nel bambino:** come intervenire mentre si aspetta il soccorso sanitario.
- **L'ostruzione delle vie aeree metodiche nell'adulto e nel bambino:** la manovra di Heimlich.
- **Dimostrazioni pratiche**
- **Le convulsioni e crisi epilettiche:** riconoscerle e modalità di intervento.
- **Gestione di ustioni, ferite, emorragie e corpi estranei:** la condotta idonea nel primo soccorso
- **Consigli in pillole:** cosa dovrebbe contenere un kit di pronto soccorso per casa e viaggio

GLI INCONTRI VENGONO SVOLTI IN DUE SERATE

Auditorium Spazio Polesco via del Polesco 15 Longuelo (BG)

CONTATTI PER ISCRIZIONI

Telefono- 035217090

sms - 3469627397

mail - collegio@infermieribergamo.it

