IPASVI VERONA

PROSPETTIVE INFERMIERISTICHE

Infermieri Professionali · Assistenti Sanitari · Vigiliatrici d'Infanzia

EVIDENCE BASED PRACTICE (EBP), NON SOLO UNA DEFINIZIONE

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE: I CHIARO-SCURI DELL'AZIENDA ZERO

numero 3-4
luglio - dicembre 2015

SOMMARIO

EDITORIALE 1

RASSEGNA STAMPA
Ressa e tempi lunghi ma il servizio è buono 2
Pronto soccorso, protesta per le maxi attese 2
Pronto soccorso, c'è il piano per ridurre i tempi di attesa 3
L'ULSS 20 cerca 22 infermieri ma non li trova 4
Mio padre? Morto in attesa 5
L'impegno dei medici 5
Avevo un forte mal di schiena, all'uscita ho pagato 304 euro 6
Eliminare il tiket si può. Parte la petizione dei tosiani 6
Sospendere la delibera sui codici. Troppi silenzi dalla Regione 7

ESPERIENZE DAL TERRITORIO
Lavorare all'estero, anche un'opportunità 8
Evidence Based Practice (EBP), non solo una definizione 11
Terapia intensiva aperta luci e ombre:
l'esperienza dell'Ospedale Sacro Cuore di Negrar 14
Responsabilità professionale infermieristica e valore
della documentazione sanitaria: un contributo alla riflessione 19

ISTITUZIONI E TERRITORIO
Servizio Sanitario Regionale: i chiaro-scuri dell'Azienda zero 22

NOI E GLI ALTRI
Non solo malasanità, alcune testimonianze 25

RECENSIONI
Nati due volte 27

LETTERE AL DIRETTORE 28

Pubblicazione trimestrale. Questo numero è stato chiuso il 10 febbraio 2016.

Direttore Responsabile: Marina Vanzetta
Comitato editoriale: Vallicella Franco, Dal Corso Dario, Tabarini Gabriella, Pasquetto Francesca, Vanzetta Marina, Bernardelli Stefano, Cengia Maria Grazia, Molinari Luca, Zanolli Barbara, Ballarin Silvana, Corso Maurizio, Ortolani Riccardo, Verzé Alessia, Riolfi Rita.
Redazione: Vanzetta Marina, Cengia Maria Grazia, Bernardelli Stefano, Zanolli Barbara, Molinari Luca, Marcotto Enrico.
Editore: Collegio IPASVI di Verona, via Cà di Cozzi 14/a, 37124 Verona
Note editoriali: Gli articoli inviati dovranno essere corredati dal titolo, dalle note bibliografiche, cognome e nome dell'autore e qualifica professionale, ente o istituto di appartenenza, recapito postale e telefonico. Dovranno essere inviati alla sede del Collegio IPASVI di Verona, via Cà di Cozzi 14/a, 37124 Verona - E-maili nfo@ipasviverona.com al Direttore di Prospettive Infermieristiche.

Si autorizza, nel rispetto delle comuni regole di salvaguardia delle pubblicazioni scientifiche e dei diritti d'autore, la riproduzione a scopo didattico e informativo degli articoli di Prospettive Infermieristiche purchè con citazione esplicita dell'autore e della rivista.
I punti di vista e le opinioni espressi negli articoli sono degli autori e non rispettano necessariamente quelli dell'Editore. Manoscritti e fotografie anche se non pubblicati non saranno restituiti. L'Editore è a disposizione di tutti gli eventuali proprietari dei diritti sulle immagini riprodotte, nel caso non si fosse riusciti a reperirli per chiedere debita autorizzazione.

Progetto grafico e impaginazione: cocchi&cocchi [www.cocchiecocchi.it]

Il riordinino dei Servizi Sanitari Regionali: alcune riflessioni

EDITORIALE

di FRANCO VALLICELLA

Presidente Collegio IPASVI
di Verona

Molte delle Regioni del nostro paese hanno attivato, o lo stanno progettando, un riordino del servizio sanitario regionale, ciò per cercare di vincere la sfida della sostenibilità dello stesso e della sua capacità di soddisfare le esigenze sanitarie e quindi i bisogni di salute della popolazione.
Dalla riforma del titolo V della Costituzione, con la legge 3/2001[1], si sono create le condizioni fondamentali per forgiare nel nostro sistema 21 servizi sanitari con caratteristiche organizzative e capacità produttive molto differenti tra loro. Ciò in varianza di quanto sancito dalla carta costituzionale con l'articolo 32[2] che riconosce a tutti il diritto alla tutela della salute, come principio inderogabile per lo stesso sviluppo del paese.
Il monitoraggio dei livelli essenziali ed uniformi, identificati con DPCM 29/11/2001[3], che dovevano essere il riferimento fondamentale a garanzia del dettato costituzionale ricordato, ha dimostrato che vi è una grande variabilità applicativa degli stessi sia in qualità che in quantità e ciò genera – nella popolazione - opportunità molto differenziate.
Ricordiamo inoltre che nei bilanci regionali la parte più consistente delle disponibilità viene assorbita - per il 70/80% - dal capitolo utile al finanziamento della spesa sanitaria.
In altre parole la voce sanità assorbe la stragrande maggioranza delle risorse che lo Stato - attraverso la fiscalità generale - consegna nelle mani della macchina organizzativa regionale[4]. Su quest'ultima ricade la responsabilità di come utilizzare o meglio far fruttare - per il bene di tutti - le risorse che sono rese disponibili con le tasse pagate: dal milionario all'anziano che può contare sulla sola pensione sociale.

Il motivo sotteso alla spinta riformatrice della carta costituzionale, in senso federale, era la previsione di poter meglio rispondere ai bisogni delle persone, in questo caso sanitari, se gestiti da chi è vicino a chi li manifesta. Ciò perché si presume che si abbia – dai locali gestori - una più completa conoscenza, una superiore opportunità in relazione alla finalizzazione e al controllo degli sforzi e quindi alla risoluzione delle problematiche.
In altre parole la conoscenza diretta e senza intermediari a livello locale, si ipotizzava potesse offrire maggiori garanzie al cittadino per una organizzazione fatta su misura delle sue esigenze.
A distanza di molti anni ci accorgiamo però che la declinazione nella pratica di quell'idea federalista non ha portato pienamente ai frutti sperati. Anzi in più occasioni si è resa evidente l'incapacità, dei 21 sistemi autocefali, di dare pari opportunità ai cittadini. Ma non solo: in particolari situazioni sanitarie è venuta meno una indispensabile risposta unitaria, come ad esempio nel caso di epidemie, frutto di una inarrestabile globalizzazione.
In queste situazioni il sistema "spezzettato" ha manifestato la sua estrema debolezza ed inadeguatezza rispetto al problema da affrontare.

Anche dal punto di vista del funzionamento e dell'efficacia della loro organizzazione i 21 sistemi hanno dato prova delle lacune ed un inutile dispendio di energie (risorse): basti pensare alle stesse questioni sanitarie studiate in modo del tutto ridondante da più funzionari o tecnici, che poi devono incontrarsi a livello centrale, per trovare una mediazione e quindi una strategia unitaria sui differenti temi sanitari affrontati. D'altro canto la rivisitazione dell'organizzazione di alcuni sistemi sanitari regionali ha pienamente sposato l'dea della necessità di un accentramento della funzioni e del governo stesso del sistema sanitario, ciò riducendo il numero delle aziende sanitarie attraverso un loro accorpamento e riduzione dei centri decisionali. La giustificazione di tali scelte non è solo quella del risparmio ma anche quella di rendere il sistema più efficace e forte rispetto alle sfide che deve affrontare.
Per quanto argomentato forse sarebbe molto utile una riflessione di sistema (SSN) e sui sottosistemi che si sono creati (SSR).
Quale organizzazione è maggiormente in grado di assicurarci i migliori risultati in termini di prestazioni sanitarie e salute per i cittadini?
L'esperienza maturata molto probabilmente ha fatto superare una pregiudiziale ideologica che fino ad ora ha reso impossibile un libero dibattito sereno e produttivo sul tema rappresentato.

Buona lettura.

RIFERIMENTI

(1) L.Cost. 18/10/2001, n. 3 *Modifiche al titolo V della parte seconda della Costituzione.* (Pubblicata nella Gazz. Uff. 24 ottobre 2001, n. 248.)

(2) Costituzione art. 32. *La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti*

(3) D.P.C.M. 29/11/2001 *Definizione dei livelli essenziali di assistenza.* Pubblicato nella Gazz. Uff. 8 febbraio 2002, n. 33, S.O

(4) Per il 2015 si è raggiunto l'accordo sulle seguenti risorse che lo Stato metterà a disposizione delle Regioni: *107,466 miliardi di cui 106,93 milioni di quote indistinte, 100,21 mln quote di riequilibrio e 434 mln di risorse vincolate*

RASSEGNA STAMPA

a cura della REDAZIONE

L'ARENA - 22 agosto 2015

Ressa e tempi lunghi ma il servizio è buono

Dalle testimonianze che si raccolgono fra i pazienti si può capire che l'«assalto» al pronto soccorso di Borgo Trento, con conseguenti lunghissime attese, si era verificato anche pochi giorni fa, prima di Ferragosto.
Giovedì 13 agosto, per esempio, ancora sala gremita e ore su ore per essere chiamati per la visita.
Gennaro Della Rosa e sua moglie Rosabianca, per esempio, erano dovuti correre al pronto soccorso attorno alle 23 per un malore di lei.
«A quell'ora nella sala d'attesa, ancora piena di gente, c'erano persone arrivate quattro o cinque ore prima che ancora dovevano essere visitate», racconta la coppia. «Ma a parte questo», sottolineano i Della Rosa, «il personale sanitario ha gestito il pienone in modo impeccabile.

Le polemiche non vanno sfogate contro medici e infermieri, che offrono un servizio di eccellenza».
Ieri mattina la situazione di emergenza era rientrata. Pochi i pazienti in attesa, e quei pochi non dovevano affrontare un'attesa estenuante. Gli infermieri, anzi, potevano soffermarsi a spiegare il funzionamento del triage a qualche anziano.
«Ho accompagnato mio cognato, che si è ferito, e in pochi minuti siamo stati accompagnati in ambulatorio», spiegava un altro signore.
«Siamo arrivati una ventina di minuti fa, e ci è stato assicurato che non aspetteremo più di una mezz'ora», ha testimoniato una giovane coppia.

L.CO.

L'ARENA - 22 agosto 2015

Pronto soccorso, protesta per le maxi attese

Otto ore in sala d'attesa sarebbero tante, troppe, anche per chi si presentasse al pronto soccorso con un lieve malanno.
Ma così accade sempre più spesso, all'ospedale di Borgo Trento, per questioni gestionali e carenza di personale.
È successo di nuovo giovedì: una giornata «apocalittica», nel reparto d'emergenza del Maggiore, con un'ondata di accessi, ma soprattutto con tanti pazienti in pericolo di vita (codice rosso) o in condizioni critiche (codice giallo).
Lo staff sanitario ha lavorato a spron battuto fino a notte fonda, ma questo non è bastato a evitare che i pazienti si accumulassero e che i codici bianchi (casi non urgenti) dovessero aspettare fino a otto ore prima di essere finalmente visitati.

Alcuni di questi pazienti, mentre se ne stavano nella sala d'attesa gremita, sempre più stanchi, sempre più rabbiosi, hanno additato la situazione al nostro giornale.

In una e-mail, giunta in redazione a mezzanotte e mezza, per esempio, si legge:
«In questo momento qui ci sono persone arrivate alle 17 che stanno davvero male, ma ci sono solo due medici operativi.
La sala d'attesa è piena, la gente si sta arrabbiando». «Il personale del pronto soccorso ormai non sa più che dire», continua il testimone, «e se la prende addirittura con i pazienti, facendo domande del tipo "ma lo sa che lei dovrà pagare?"...».

Altre testimonianze raccontano di pazienti che alla fine hanno perso le staffe e di alterchi con gli infermieri e il personale sanitario. Soprattutto quando, dopo l'estenuante attesa, all'uscita dal pronto soccorso molti hanno scoperto di dover pagare, e parecchio, perché il proprio caso era stato giudicato non critico.
Ma, come spiegano dall'ospedale, l'altro giorno si sono avuti numeri eccezionali. Anche se, in realtà, l'«eccezionalità» delle

attese record sta diventando sempre più frequente. Giorgio Ricci, primario del pronto soccorso di Borgo Trento, spiega: «Siamo in sofferenza, non lo nascondiamo: a Borgo Trento vengono centralizzati i grossi traumi, ma il personale è sempre lo stesso. Ciò va inevitabilmente ad allungare i tempi di accesso per i codici bianchi.

La Regione ci impone un'attesa massima di 240 minuti. Non ci stiamo dentro», ammette, «ma abbiamo ridotto i tempi di permanenza e facciamo di tutto per migliorare». «Giovedì è stata una giornata eccezionale, con sette codici rossi contro una media quotidiana di due», aggiunge. «Si è trattato di pazienti infartuati o con emorragie cerebrali: casi che impegnano ciascuno due medici e quattro infermieri per almeno un'ora e mezza, dimezzando di fatto il personale. Inoltre abbiamo avuto una cinquantina di codici gialli, che assorbono il personale per quaranta minuti in media. Per il resto i pazienti erano tutti in codice bianco». Personale ridotto per le ferie? «No, lo staff è al completo. Ma in una giornata come giovedì, un codice bianco può facilmente restare in sala d'attesa più di cinque ore. È inevitabile».
In più, ora c'è il problema rappresentato dalla nuova normativa regionale sul codice bianco in uscita. Ovvero: se si arriva in pronto soccorso, poniamo, con una caviglia gonfia a causa di una storta, si sarà catalogati con un codice verde.
Ma se poi, fatta la radiografia, verrà fuori che non c'è frattura, e quindi la lesione risulta non grave, il paziente sarà medicato e all'uscita dovrà pagare come un codice bianco.

Ricci spiega: «Fino a pochi mesi fa era consentita una certa discrezionalità. E a volte, soprattutto se si aveva di fronte un anziano, si chiudeva un occhio. Ora non si può più. O il paziente rientra nella casistica scrupolosamente elencata dai protocolli (per esempio fratture, intossicazioni, casi in cui sia indispensabile il ricovero), oppure deve pagare. E, fra una lastra e un bendaggio, è facile arrivare a 80-100 euro».

«Si capisce che se il paziente ha atteso ore per la visita e poi si ritrova pure a sborsare queste somme, si arrabbia. Infatti l'Urp, e io stesso, dobbiamo far fronte a molte contestazioni. Ma non c'entriamo nulla con la scelta della Regione, su cui si può disquisire se sia giusta o sbagliata, ma che resta tale».I cittadini, poi, devono capire che il pronto soccorso non è più il luogo dove rivolgersi per qualsiasi, pur piccolo, malanno. Il primario conclude: «In questo momento, abbiamo in attesa codici bianchi per lombalgia, cisti, e perché, genericamente, "non si sente bene"».

Lorenza Costantino

L'ARENA - 23 agosto 2015

Pronto soccorso, c'è il piano per ridurre i tempi di attesa

Pronto soccorso di Borgo Trento in sofferenza e pazienti in sala attesa per otto ore: l'Azienda ospedaliera replica alle lamentele degli utenti. E in merito al contenimento dei tempi d'attesa, attraverso il direttore medico Giovanna Ghirlanda, mette in evidenza «i due piani di riorganizzazione assistenziale, resi operativi da agosto, nei due pronto soccorso generali dell'Azienda».

Ghirlanda analizza: «È stato posto il problema della carenza di personale nel pronto soccorso di Borgo Trento. Si precisa che l'equipe medica conta 21 unità in servizio e quattro unità in assenza lunga.
Quando possibile, le assenze di lunga durata sono state integrate utilizzando tutti gli istituti che la normativa prevede».

«Questo organico», assicura il direttore medico, «consente la copertura dei turni giornalieri e un rinforzo, in alcune fasce orarie, sulla base dell'andamento dei flussi di utenza registrato negli ultimi anni. La stessa considerazione vale per il turno di lavoro degli infermieri, che sono 58, e del personale di supporto, che consta di nove operatori socio-sanitari con due assistenti di sala».

«Va da sé che, sul fronte delle presenze, l'area dell'emergenza - urgenza è sempre costantemente monitorata e che l'attenzione è altissima nel reintegrare le assenze il più presto possibile, inserendo personale in possesso di competenze e attitudini sull'emergenza», continua Ghirlanda. Gli utenti contestavano, oltre alle lunghe o lunghissime attese, il fatto di dover pagare all'uscita se catalogati con un codice bianco: decisione, questa, della Regione.

Ghirlanda prosegue: «Proprio perché si tratta dell'area dell'emergenza, le modalità operative non possono sottrarsi dall'applicare un codice di valutazione della gravità, e quindi di priorità nella presa in carico dell'utenza. Né, d'altro canto, si può prevedere, se non mediamente, il numero e la distribuzione oraria dei casi più complessi».

Arrivando alla giornata «apocalittica» di giovedì scorso e alle lunghe attese segnalate, in particolare durante il turno notturno, «si sottolinea che, dalle 20 alle 4 di mattina, sono giunti in pronto soccorso ben quattro

arresti cardiaci in codice rosso, il che ha comportato l'intervento del medico dell'emergenza, con la presenza di un medico di pronto soccorso, un medico anestesista-rianimatore, la consulenza di un medico cardiologo, il lavoro congiunto di due infermieri di pronto soccorso e di uno della rianimazione: ben più dei "due soli medici in servizio" additati da un utente».

«Nell'intera giornata, i codici rossi erano stati sette a fronte di una media di circa due», precisa Ghirlanda. «I codici gialli circa sessanta, il 30 per cento del totale a fronte del consueto 20. È chiaro che i carichi di lavoro imposti da queste circostanze non possono essere paragonati ad una normale notte in pronto soccorso». «Per il contenimento dell'attesa, altro obiettivo prioritario, i piani di riorganizzazione assistenziale nei due pronto soccorso, attivi da agosto, hanno già fruttato tempi di "triage-presa in carico" e "triage-dimissione" in netta diminuzione rispetto ai mesi precedenti, con riduzioni anche di 120 minuti».

Infine, il tasto dolente del pagamento in uscita per i codici bianchi: «Per quanto riguarda gli accenni alle normative regionali sui tempi di attesa e i codici bianchi», puntualizza Ghirlanda, «è necessario ribadire che tali normative hanno il lodevole intento di uniformare e ricondurre a criteri di equità le modalità di valutazione dell'accesso al pronto soccorso su tutto il territorio veneto, eliminando disparità e contenendo il numero degli accessi inappropriati, attraverso una regolamentazione dei criteri per l'assegnazione del ticket».

E conclude: «Un cittadino può certamente rimanere perplesso, se si vede assoggettato ad un ticket per una problematica "soggettivamente" considerata "urgente", ma ha la garanzia che tale trattamento sarebbe stato identico in qualsiasi pronto soccorso della Regione si fosse rivolto, perché si è introdotto un metodo di attribuzione automatica del codice colore all'atto della dimissione e l'attribuzione del codice avviene in modo uniforme e condiviso su tutto il territorio regionale».

L'ARENA - 23 agosto 2015

L'ULSS 20 cerca 22 infermieri ma non li trova

L'Ulss 20 decide di accelerare le procedure per l'assunzione di ben 22 collaboratori sanitari - e per questo si prende il plauso di chi aveva denunciato pubblicamente l'insorgere di problemi legati alla carenza del personale in servizio all'ospedale Girolamo Fracastoro di San Bonifacio - ma ad oggi è riuscita ad avviare le pratiche per l'assunzione solo per pochi degli infermieri previsti. Questa situazione - che è meno paradossale di quanto potrebbe apparire, se si tiene conto che proprio gli infermieri sono una delle categorie per le quali c'è meno offerta e più domanda in tutta la sanità italiana - è codificata negli atti ufficiali dell'azienda sanitaria.

Alcune settimane fa l'Ulss 20 ha deliberato, avendone conseguito autorizzazione, l'assunzione di 22 infermieri. In seguito a questa decisione, l'azienda, che per questo ha anche avviato un concorso pubblico per il cui completamento saranno necessari vari mesi, ha chiesto la disponibilità immediata alle persone che risultano in graduatoria in altre Ulss. Finora, però, questa attività ha portato ad ottenere il si all'assunzione di solo tre infermieri.

Il 3 LUGLIO scorso, a dire il vero, l'azienda aveva notificato alle 19 persone prime fra quelle in attesa di assunzione all'Ulss 6 di Vicenza la propria disponibilità ad assumerle con contratto a tempo indeterminato. Se una di esse si è almeno presa la briga di notificare la propria non disponibilità, le altre 18 sono risultate rinunciatarie perché nemmeno hanno risposto alla comunicazione. Così si è arrivati alla decisione assunta di recente dall'Ulss di avviare l'analoga procedura per i 12 che seguono i rinunciatari nella graduatoria dell'azienda vicentina. Ovviamente, anche se nessuno lo dice, la speranza è che qualcun altro cominci a dire di sì alle proposte di assunzione.
Cosa che in molti altri lavori sarebbe inevitabile ma che invece per quanto riguarda gli infermieri non pare essere così scontata.

"Comunque», commenta Ivan Moretto, dirigente del sindacato Uil Fpl per l'ospedale di San Bonifacio, «va dato atto che la dirigenza ha cercato di dare risposte veloci alle problematiche che noi avevamo sollevato». Secondo il sindacato, infatti, carenze di personale e organizzative stavano mettendo a rischio la qualità del lavoro e dell'assistenza in alcuni settori del nosocomio.

Luca Fiorin

L'ARENA - 27 agosto 2015

Mio padre? Morto in attesa

Ho letto su L'Arena un articolo riguardante le lunghe attese al pronto soccorso, e non ho potuto non sorridere, con amarezza, alla giustificazione adotta dal responsabile per l'attesa di 8 ore. Vorrei solo testimoniare che attese di 8-9-10 ore sono state per me «normali» durante gli ultimi 4-5 anni in cui mi sono presa cura dei miei anziani genitori che sono mancati entrambi lo scorso anno a due settimane di distanza uno dall'altro.
Attese che avevano sempre la stessa durata in tutte le stagioni e per tutte le ore della giornata, in qualsiasi giornata.
A questo aggiungo, e sottolineo, che un notevole «contributo» all'attesa lo dava l'età: molto spesso, purtroppo, ho constatato che miei genitori erano penalizzati da questo, considerati di serie inferiore.

Il «tanto ha 84 anni- 90 anni» era un commento che ho ricevuto da alcuni «operatori» in risposta ai miei solleciti di intervento.
In alcune, ma poche, occasioni ho anche avuto la fortuna di trovare del personale, medici ed infermieri, umani e comprensivi da cui ho ricevuto aiuto e sostegno e che ringrazio ancora, che mi hanno fatto superare lo sgomento per il comportamento degli altri «colleghi».
A conclusione e a prova di quanto sopra, ecco la sintesi di come ho perso mio padre al pronto soccorso di Borgo Trento: mio padre aveva 92 anni e non aveva particolari problemi di salute, assumeva solo cardioaspirina e una dose ridotta di un farmaco per la pressione, autonomo, intellettivamente molto presente e combattivo.

È morto nella sala di attesa del pronto soccorso di Borgo Trento, sotto i miei occhi.
Era il terzo giorno consecutivo che lo accompagnavamo per lo stesso identico problema che non veniva risolto: violente emorragie dal naso. Mio padre è uscito di casa camminando sostenuto dagli operatori/volontari dell'autoambulanza, all'accettazione ho sottolineato che, come dai documenti forniti, il problema delle emorragie non era stato risolto e che era ormai debilitato.

Mi è stato risposto che non era una «urgenza» e di attendere in sala la chiamata.
Ho provato a insistere perché fosse visitato con urgenza e, come le volte precedenti, cortesemente invitata ad attendere il mio turno.
Ci siamo messi in «paziente attesa», chiacchieravo con mio padre per rincuorarlo, ma ad un tratto si è accasciato sulla sedia a rotelle su cui era stato «parcheggiato», sedia che, urlando aiuto, ho spinto fino all'accesso agli ambulatori aiutata da un poliziotto e da un paziente in attesa, accorsi alle mie urla.Il cardiologo mi ha spiegato che si era trattato di un infarto violentissimo, che le emorragie avevano contribuito alla crisi.

Sono entrata al pronto soccorso con mio padre verso le 9.30-9.45 e ne sono uscita alle 14.30 da sola. Ed è stata l'attesa più breve che ho vissuto.

Angela Argentino
VERONA

L'ARENA - 9 settembre 2015

L'impegno dei medici

Venerdì notte mi sono svegliata con la pressione altissima.
Accompagnata dai miei figli mi sono recata al Pronto Soccorso di Borgo Trento e subito sono intervenuti col misurarmi la pressione.
Ho trovato medici e infermieri gentilissimi, oberati dai continui ricoveri cercavano tutti di fare del loro meglio per accudire prima i più gravi e poi gli altri. Io sono entrata alle 3,20 del mattino che stavo malissimo e sono uscita alle 10 che stavo bene.
Voglio ringraziare pubblicamente tutto il personale e dire che, quando si va al Pronto Soccorso non si può e non si deve sentirsi dei Padri Eterni pretendendo di essere vigilati continuamente, quando si sta un po' meglio, si deve avere la pazienza di aspettare il proprio turno.
Anch'io alle sette stavo bene e attendevo che mi rimisurassero la pressione per tornare a casa, ma c'era un'urgenza da accudire ed io, giustamente, potevo tranquillamente aspettare senza pretese.
Grazie quindi alla dottoressa Bonomo, al dottor Girardi e a tutto il personale infermieristico, e meno male che ci siete.

Antonella Galante
VERONA

L'ARENA - 09 settembre 2015

Avevo un forte mal di schiena, all'uscita ho pagato 304 euro

Codici verdi che, quasi per magia, si trasformano in bianchi all'uscita dal Pronto soccorso. Prestazioni originariamente gratuite che diventano a pagamento. I casi, sia all'ospedale Maggiore di Borgo Trento sia al Policlinico di Borgo Roma, non mancano. È capitato lo scorso 18 settembre a P.S., madre di un ragazzino di 12 anni, che si è infortunato al polso, giocando a calcio.

Al Pronto soccorso il personale del Triage ha attribuito al ragazzo un codice giallo. Dopo gli esami del caso, radiografie incluse, i medici hanno stabilito che non si trattava di una frattura e hanno lasciato uscire il ragazzo con un bendaggio all'ossido di zinco, chiedendogli di tornare successivamente per la visita ortopedica. «Il lunedì ci hanno confermato che si trattava di una slogatura e hanno dimesso mio figlio con un gesso doccia da tenere per 15 giorni: a casa, però, mi sono accorta che il codice era diventato bianco», racconta la donna.

«Il 3 ottobre, quando siamo tornati per togliere il gesso, mi hanno mandato in segreteria per chiudere la pratica e mi sono ritrovata da pagare 31 euro. Hanno provato anche ad addebitarmi la visita ortopedica, ma ero molto arrabbiata e così alla fine ho pagato solo la rimozione del gesso. Ma dove stiamo andando a finire?».

Situazione per un cinquantenne veronese, padre di tre figli. Lo scorso 30 agosto, avvertendo un forte dolore al fianco destro che non gli permetteva più di respirare, l'uomo ha deciso di rivolgersi al Pronto soccorso del Policlinico. «Ho spiegato agli infermieri i sintomi e mi hanno classificato come codice verde», racconta.
«Sono entrato in osservazione alle 11,21 e fino alle 14,35 mi hanno sottoposto a ecografie all'addome, radiografie al torace e all'addome, elettrocardiogramma e analisi del sangue: quando mi hanno dimesso, però, il codice era bianco e così dovrò pagare 304,85 euro».

Disavventura simile per Carlos, ventinovenne sudamericano, che ieri ha accompagnato la compagna al Pronto soccorso di Borgo Trento.
«Lo scorso giugno sono entrato qui con un codice verde: avevo un taglio profondo alla testa, eppure ho dovuto aspettare a lungo sulla sedia della sala d'attesa, prima di essere medicato e visitato», ricorda.
«Quando mi hanno dimesso, ho dovuto pagare, ma credevo che questo trattamento fosse dovuto al fatto che avevo protestato per il ritardo: è stato il mio medico di base ad accorgersi che in uscita il codice era diventato bianco e me l'ha fatto notare, infastidito anche lui». Lo stesso è capitato a S.V. che ieri ha accompagnato la figlia di 11 anni a Borgo Trento per una distorsione alla caviglia. «I medici sono molto bravi, ma evidentemente è il sistema che non funziona come dovrebbe.

Dopo la radiografia, la visita ortopedica e il bendaggio, il codice verde è diventato bianco al momento delle dimissioni, perché si trattava di una distorsione senza frattura. Dovrò pagare 50,90 euro, ma meglio così: almeno la caviglia di mia figlia non è rotta».

Manuela Trevisani

L'ARENA - 10 ottobre 2015

Eliminare il tiket si può. Parte la petizione dei tosiani

Parte la campagna di Fare!, il movimento politico di Flavio Tosi per l'abolizione del ticket sanitario. Ieri il lancio in piazzale Stefani, davanti all'ospedale Maggiore.
Lo scorso 6 ottobre i consiglieri regionali tosiani avevano presentato una mozione per chiedere l'eliminazione dell'applicazione del ticket di 10 euro sulle ricette di specialistica ambulatoriale ai nuclei familiari con reddito superiore a 29mila euro e di 5 euro sulle ricette per i nuclei con meno di 29mila euro.
Ieri con il sindaco Tosi c'erano i consiglieri regionali Andrea Bassi e Giovanna Negro, Fabio Venturi, presidente dell'Agsm, Giuseppe Stoppato, presidente di Agsm-Energia e altri sostenitori, tra i quali il segretario del Partito pensionati Germano Zanella.

Oggi il primo gazebo in piazza Bra.
Ma le firme si raccolgono anche online sul sito farecontosi.it. «Questa proposta», assicura Tosi, «vale il due per cento circa di tutta la spesa sanitaria regionale, la si può tarare sul reddito e in modo progressivo ma da ex assessore alla sanità assicuro che il margine c'è». La richiesta non contempla i ticket sui codici bianchi al Pronto soccorso. Ma Tosi respinge l'accusa di aver fatto polemica politica su tale questione.

«Quando ero assessore queste lamentele non c'erano, sono esplose perché sono state cambiate le regole in corsa e ora c'è il rischio che per paura di pagare, chi è in condizioni disagiate non si rivolga più al pronto soccorso».
Quanto alle disparità denunciate dall'assessore Coletto tra un ospedale e l'altro risponde: «Accade già che certi pronto soccorso per salvaguardare il paziente mettano i codici bianchi a chi è in esenzione. Con questo trucchetto i codici bianchi aumentano. Meglio che si lasci decidere alla professionalità di medici e infermieri che ora devono sottostare a una griglia di computer». «Quando ero assessore regionale io», continua il leader di Fare!, «con il codice verde assegnato in fase di triage non si pagava niente. Chi entra con il verde», rimarca, «non deve pagare e se esce con il bianco meglio per lui perché la cosa era meno grave del previsto.
Ma la questione di fondo», afferma Tosi, «è che la Regione ha stanziato 100 milioni per i medici di base in 4 anni, e che a bilancio non ha, i codici bianchi potrebbero servire a ciò». Mentre i tosiani illustrano la loro iniziativa, al gruppo si unisce Bianca, veronese di 48 anni, per raccontare la sua disavventura.
«Un mese fa», dice, «ero entrata al pronto soccorso in codice verde per problemi di stomaco. Dopo la visita, avvenuta dopo un'attesa di 10 ore, sono uscita in codice bianco e un conto di 150 euro, una cifra rilevante per me, disoccupata, e che ovviamente poi non ho pagato dal momento che dopo un paio di giorni sono stata ricoverata e operata d'urgenza per una pancreatite...».

E.S.

L'ARENA - 12 ottobre 2015

Sospendere la delibera sui codici. Troppi silenzi dalla Regione

Sospendere immediatamente la delibera regionale che prevede un software per trasformare all'uscita dal Pronto soccorso i codici verdi in codici bianchi e poter così chiedere il ticket da pagare per la prestazione sanitaria effettuata.
Lo chiede la Cgil di Verona con la segretaria della Funzione pubblica, Sonia Tedesco, che ritiene «impraticabile e assurda» la proposta dell'assessore Luca Coletto per cui «i cittadini con una urgenza dovrebbero prima rivolgersi al medico di base. In questi giorni gli esempi di cittadini arrivati in pronto soccorso e costretti a pagare all'uscita sono centinaia. Ma sembra che l'unica soluzione proposta dall'assessore alla sanità Luca Coletto ai cittadini è quella di rivolgersi al proprio medico di base riunito, assieme ad altri medici, nelle cosiddette medicine integrate.
Ora, che la risposta al ragazzo di 17 anni caduto da un motorino sia quella che lo stesso anziché al pronto soccorso sarebbe dovuto essere accompagnato nell'ambulatorio del medico di base, grida vendetta solo a sentirlo. E come il medico di base avrebbe potuto fare la diagnosi di assenza o presenza di fratture, con i tarocchi? Molto probabilmente lo avrebbe spedito diretto al pronto soccorso. Ma l'assessore Coletto avrebbe fatto così per suo figlio? Probabilmente no. Come tutti i genitori sarebbe corso immediatamente al pronto soccorso». Il progetto dei gruppi di medicina integrata da aprire sul territorio, come scritto nei giorni scorsi, è un impegno quadriennale della Regione che costerà 100 milioni e non è ancora partito.
«Prevedono, a regime, l'assunzione di 7000 unità tra amministrativi ed infermieri con un costo di 100 milioni. Allora perché con questo personale, non far funzionare i Cup in modo che i cittadini effettuino subito e agevolmente la prenotazione? Stesso ragionamento per l'infermiere: perché con i 3000 - 4000 previsti non facciamo funzionare bene il distretto e l'assistenza domiciliare? Potenziare i pronto soccorso e renderli efficienti e veloci costerebbe la metà». Sul caso esploso nei giorni scorsi e che ha visto una impennata di codici bianchi negli ospedali di Borgo Trento e Borgo Roma perché una ispezione della Regione aveva rilevato che erano troppo pochi (e quindi l'incasso dei ticket era basso) interviene anche la consigliere regionale del Pd Orietta Salemi che puntualizza:
«C'è stata una inadeguatezza politica nella governance della sanità veneta, perché la delibera incriminata è del 2011, corretta con allargamento delle esenzioni, nel 2014.
L'Azienda ospedaliera di Verona e altre due in tutta la Regione non l'hanno attuata ma il caso è stato rilevato solo quest'estate. Come mai se la delibera prevede "un Osservatorio regionale per analizzare con continuità i dati pervenuti e ad elaborare un resoconto mensile dell'attività del Pronto Soccorso"? O l'osservatorio non è stato attivato o, se attivato, non ha prodotto il monitoraggio necessario.
In entrambi i casi, un grave peccato di omissione da parte della Regione». La consigliere del Pd va oltre il problema del colore dei codici: «Chi ha bisogno, spesso accede al Pronto soccorso in modo improprio, intasandolo, perché chi amministra la sanità regionale da dieci anni a questa parte non ha saputo organizzare strategicamente la medicina territoriale. Queste strutture devono funzionare da filtro.
Invece così per i cittadini non c'è alternativa al Pronto soccorso».

Lavorare all'estero, anche un'opportunità

La crisi economica, ormai di portata mondiale, sta colpendo anche l'Italia: ad aumentare in particolare è il tasso di disoccupazione.

di GIULIA DALLA TOMBA

Infermiera neolaureata

Corrispondenza:
barbara.zanolli@univr.it

ALCUNI DATI

Molti giovani dopo la laurea si ritrovano con scarse offerte di lavoro, dovendo ripiegare su altri lavori non affini al loro percorso di studio oppure rimanendo disoccupati per lunghi periodi di tempo.
Il Centro Studi Nursind, attraverso ricerche condotte dal 2008 al 2013, ha valutato che l'attuale sistema sanitario italiano sta producendo 10.500 neolaureati all'anno. Secondo i dati di AlmaLaurea (sottostimati dato che è solo dal 2012 che il consorzio comprende tutti gli atenei) il 75% di questi professionisti resterà disoccupato, contribuendo ad ingrossare il numero della massa attuale degli infermieri inoccupati stimabile sulle 25.000 unità dal 2008.
Dei 48.500 neolaureati dal 2008 ad oggi, 19.500 sono precari. Quindi, nel periodo 2008-14 il sistema ha garantito/garantirà un posto di lavoro stabile solo a 4.200 infermieri, l'8,8%.

LA VOGLIA DI MIGRARE

È la situazione configurata da questi dati a indurre persone disoccupate, neolaureati o persone in cerca di offerte migliori a muoversi verso Paesi che propongono grandi disponibilità lavorative e condizioni di vita migliori.
Secondo i dati Centro Studi Nursind del Tra i disoccupati (ma anche tra gli occupati) la percentuale di chi è disposto ad emigrare è intorno al 50%.

LUCA PASETTO È UNO DI LORO

La sua esperienza…" *Sono un infermiere laureatosi a dicembre 2013 all'Università degli studi di Verona, originario di Soave, ho lasciato alla volta dell'Inghilterra per lavoro.*
Attualmente sono impiegato da quasi un anno in un ospedale di una cittadina nel bel mezzo dell'Inghilterra. Le motivazioni che mi hanno spinto a venire a vivere e lavorare qui sono molteplici, la prima sicuramente è la mancanza di lavoro in Italia; le vantaggiose condizioni delle assunzioni in Inghilterra rispetto all'Italia, ad esempio volo pagato di andata, alloggio gratuito per un mese nelle accodomation vicino all'ospedale, assistenza nella parte burocratica. Un'altra motivazione è stata la voglia di migliorare il mio inglese e fare esperienza, maturando professionalmente. Questo grazie alla vasta gamma di specializzazioni e corsi post laurea che vengono offerti. Altrettanto importante è stata la volontà di prendere in mano la mia vita e fare un'esperienza sia professionale che umana, ovvero poter uscire di casa, una cosa che in Italia non avrei potuto fare subito. Mi è sempre piaciuta l'idea di lasciare l'Italia e di vedere altro, così dopo avere conseguito la laurea sono partito.

Dopo essermi laureato a dicembre, mi sono messo a cercare su internet come poter andare a lavorare all'estero, in particolar modo l'Inghilterra: ho trovato un'agenzia di reclutamento e l'ho contattata.
Il reclutamento inizia con una telefonata con un agente che ti pone qualche domanda su di te, sulle tue esperienze di lavoro o tirocinio, il reparto in cui ti piacerebbe lavorare e perché, sulle differenze dell'infermieristica italiana e inglese ecc. Se superi questa prima "intervista" dove viene valutato soprattutto il livello di inglese del candidato, confermano il colloquio con i reclutatori dell'ospedale per cui ti sei reso disponibile. Il mio colloquio è avvenuto a Roma, altre agenzie di reclutamento scelgono città diverse come Bologna, Milano o Palermo.
La parte burocratica è molta, tanti fogli da presentare per il colloquio ma altrettanti documenti ufficiali da presentare come la copia autenticata del documento di identità, il certificato di laurea, il certificato penale e l'iscrizione all'IPASVI: tutto in lingua originale e tradotto legalmente in lingua inglese. Un requisito fondamentale è l'iscrizione al NMC (Nursing and Midwifery Council), il corpo degli infermieri inglesi.

Le prime due giornate sono dedicate alla cosiddetta "Induction", in cui viene presentato l'ospedale, la sicurezza e i principi di condotta.
Nelle settimane successive si effettuano alcuni training, per esempio cateterizzazione, venipuntura, canulazzione, uso di pompe per infusioni, sicurezza nella mobilizzazione dei pazienti: ciò avviene perché l'ospedale vuole essere sicuro che i professionisti seguano le linee guide utilizzate nella struttura, ma soprattutto perché

BIBLIOGRAFIA

(1) Aiken Linda H., Buchan James, Sochalski Julie, Nichols Barbara, & Powell Mary (2004).
Trends in International Nurse Migration. *Health Affairs*, 23, n. 3: 69-77

(2) Alonso-Garbayo Alvaro & Maben Jill (2009). Internationally recruited nurses from India and the Philippines in the United Kingdom: the decision to emigrate. *Human Resources for Health*, 7:37, doi:10.1186/1478-4491-7-37

(3) Buchan James & Julie Sochalski (2004). The migration of nurses: trends and policies.
Bulletin of the World Health Organization, 82, 587-594

(4) El-Jardali Fadi, Dumit Nuhad, Jamal Diana, & Mouro Gladys (2008). Migration of Lebanese nurses: A questionnaire survey and secondary data analysis.
International Journal of Nursing Studies, 45, 1490-1500

(5) Kline Donna S. (2003). Push and Pull Factors in International Nurse Migration. *Journal of Nursing Scholarship*, 35:2, 107-111

(6) Li Hongyan, Nie Wenbo, & Li Junxin (2014). The benefits and caveats of international nurse migration.
International Journal of Nursing Sciences I, 314-317

(7) Lorenzo Fely Marilyn E., Galvez-Tan Jaime, Icamina Kriselle, & Javier Lara (2007). Nurse Migration from a Source Country Perspective: Philippine Country Case Study. *HSR: Health Services Research*, 42:3, Part II

agli studenti non è permesso fare pratica di certe tecniche durante i tirocini.
Durante il primo mese e mezzo si è affiancati da un infermiere esperto del reparto, il quale dovrebbe introdurti nella routine lavorativa e nella compilazione dei molteplici documenti come care plan, risk assessment, ecc. La routine è molto diversa da quella italiana: niente prelievi la mattina, ci pensano le phelotomist.
Scordatevi le termografiche con prescrizioni indecifrabili, la terapia viene gestita attraverso prescrizioni computerizzate.

L'assistenza infermieristica è molto ben organizzata e finalizzata alla dimissione sicura: ben sviluppata è la comunicazione tra professionisti: medici, infermieri, terapisti occupazionali, fisioterapisti, logopedisti, dietiste e i servizi sociali.
Per gli infermieri il livello di specializzazione è molto alto: da un semplice Staff Nurse, al Sister o Nurse in Charge fino ad arrivare a Matron per quanto riguarda la gerarchia di reparto, poi per esempio ci sono le Diabetic Nurse, il team per il controllo delle infezioni, il team di Cure Palliative, Mental Health Nurse, Tissue Viability Nurse, specializzate nelle medicazioni.

Molto rigida è l'applicazione delle policy o protocolli ad esempio, se un paziente cade, per le piaghe da decubito o policy per il controllo delle infezioni.
Se mi domandassero di tornare in Italia a lavorare in questo momento, penso risponderei di no. La vita qui è stimolante sia professionalmente, perché sto imparando molto, grazie anche ai diversi corsi fatti in ospedale, ma anche umanamente perché sto vivendo la mia vita a pieno e sto facendo quello che ho sempre sognato, oltre ad aver conosciuto molti amici.
I progetti per il futuro saranno muovermi in una città più grande, dove l'ospedale mi possa dare più opportunità di continuare a crescere."

Corrispondenza:
pasettoluca@gmail.com

COSA FARE E COSA SERVE PER LAVORARE ALL'ESTERO

I requisiti necessari

Gli infermieri che vogliono migrare all'estero in cerca di lavoro, prima di partire devono informarsi su una serie di requisiti che consente loro di capire se la qualifica ottenuta è riconosciuta nel paese di destinazione e se c'è il bisogno di compilare varie carte e documenti che permettano loro di poter lavorare in quella nazione, evitando in questo modo di incorrere in ostacoli che blocchi loro dal migrare.
Verranno esaminati quali sono i requisiti necessari per essere infermiere in un determinato paese e i requisiti richiesti da vari datori di lavoro per poter lavorare in specifiche strutture all'estero.

Attributi per essere infermiere nei paesi UE e non

In Francia, se si è cittadini comunitari è necessario essere in possesso di una laurea rilasciata in uno di questi paesi:
Germania, Andorra, Austria, Belgio, Bulgaria, Cipro, Danimarca, Spagna, Estonia, Finlandia, Grecia, Ungheria, Irlanda, Islanda, Italia, Lettonia, Lituania, Lussemburgo, Malta, Norvegia, Paesi Bassi, Polonia, Portogallo, Repubblica Ceca, Romania, Regno Unito, Slovacchia, Slovenia, Svezia e Svizzera; così il diploma può essere riconosciuto per la pratica infermieristica.
Dopo aver controllato la padronanza del francese, si potrà entrare sul registro ADELI.

Quest'ultimo è un sistema informativo nazionale sui professionisti all'interno del codice della salute pubblica, il codice di azione sociale e le persone autorizzate a usare il titolo di psicologo, contiene delle informazioni riguardo a stato civile/stato di occupazione/attività svolte.
Se invece si possiede un diploma di infermiere non riconosciuto è necessario rivolgersi alla Direzione regionale della gioventù, dello sport e della coesione sociale nella zona in cui si vuole esercitare.
In questo caso bisogna presentare:

- carta d'identità;
- C.V.;

BIBLIOGRAFIA

(8) Marcus Kanchan, Quimson Gabriella, & Short Stephanie D (2014). Source country perceptions, experiences, and recommendations regarding health workforce migration: a case study from the Philippines.
Human Resources for Health, 12:62

(9) Moyce Sally, Lash Rebecca, & Siantz Mary Lou de Leon (2015). Migration Experiences of Foreign Educated Nurses:
A Systematic Review of the Literature.
Journal of Transcultural Nursing, 1-8

(10) Prescott Megan, & Nichter Mark (2014). Transnational nurse migration: Future directions for medical anthropological research. *Social Science & Medicine* 107, 113-123

(11) Ross S. J., Polsky D., & Sochalski J. (2005). Nursing shortages and international nurse migration. *International Nursing Review* 52, 253–262

(12) Conferenza "Forum del Mercato Unico 2014 - La tessera professionale europea", Roma (Dicembre 2014)

(13) Registering as nurse or midwife in the UK (2011). NMC: Nursing and Midwifery Council

(14) Kilpeläinen Taina (2010). Foreign nurse's guide to Finnish working life

SITOGRAFIA

1. http://www.ipasvi.it/norme-e-codici/per-infermieri-stranieri.htm
2. http://www.infirmiers.com/votre-carriere/exercice-international/infirmieres-etrangeres-souhaitant-venir-travailler-en-france.html
3. http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1372_allegato.pdf
4. http://www.gazzettadellavoro.com/lavorare-come-infermiere-negli-uniti/123434/
5. http://www.nursingmidwiferyboard.gov.au/Registration-and-Endorsement/International.aspx
6. http://www.nursingindubai.org/qualifications-and-licensing/

- copie autenticate di diplomi/certificati/titoli ottenuti;
- un certificato rilasciato dall'autorità competente dello Stato membro o di una parte che ha rilasciato i diplomi o certificati attestanti che permettono l'esercizio della professione infermieristica nel territorio di tale Stato;
- un documento rilasciato e certificato dalla struttura formativa che specifica il contenuto e il numero di ore per materia per le lezioni teoriche, la durata dei corsi e le aree in cui sono state fatte;
- i certificati rilasciati dalle istituzioni del lavoro o le autorità competenti dello Stato membro che stabilisce la durata e la natura dell'esperienza professionale.

Successivamente la Commissione regionale specializzata esaminerà la situazione.
Può essere richiesto che il candidato si sottoponga ad una prova attitudinale o un tirocinio di adattamento la cui durata non può essere superiore ad un anno. In seguito all'ottenimento del riconoscimento, si può accedere all'iscrizione su ADELI.
In Finlandia, il richiedente deve presentare una domanda scritta per praticare come professionista autorizzato; la domanda può essere informale. In aggiunta deve inserire i seguenti documenti:

- estratto dal registro della popolazione o una copia del passaporto;
- certificato di laurea dall'istituzione educativa con le appendici del caso;
- immatricolazione o decisione di registrazione relativa alla pratica professionale nel paese di origine;
- certificato originale rilasciato dal paese di origine in cui le qualifiche professionali soddisfano i requisiti della direttiva 2005/36/CE.

Tutti i documenti certificati ufficialmente, vengono poi valutati dall'organo Valvira (Autorità di controllo nazionale per il benessere e la salute).
La legislazione dell'UE non richiede la prova di conoscenza della lingua, al momento della concessione della licenza/autorizzazione.
Comunque, le norme che regolamentano la pratica professionale richiedono il possesso da parte del professionista di adeguate competenze linguistiche.
Per questo uno immigrato può sostenere l'esame nazionale di competenza linguistica (YKI) finalizzato a valutare le competenze in situazioni pratiche in cui la persona deve parlare, ascoltare, scrivere o leggere la lingua. Tuttavia, la Finlandia è uno stato bilingue (Finlandese e Svedese), quindi potrebbe essere necessario avere competenze in entrambe le lingue.

Se le qualifiche non soddisfano i requisiti minimi necessari, il richiedente deve partecipare all'istruzione integrativa, frequentando scuole universitarie professionali che offrono corsi di studio programmati e completi. Nel Regno Unito prima di poter intraprendere la registrazione nell'ente NMC (Nursing and Midwifery Council), il richiedente deve attestare che la sua qualifica sia validata; in questo modo vi saranno tre possibilità che comprendono:

- il riconoscimento automatico (cioè facente parte di quegli Stati elencati precedentemente per la qualifica in Francia);
- riconoscimento per diritti acquisiti: in questo caso bisogna fornire la prova della qualificazione da parte dell'autorità competente del proprio paese d'origine oppure fornire un certificato ufficiale che conferma di aver legittimamente ed efficacemente praticato come infermiere generale per almeno 3 anni consecutivi nel corso degli ultimi cinque anni.

Infine, se non vengono riconosciuti i precedenti punti, il richiedente potrà ancora essere "validato" inviando alcuni documenti che comprendono la prova della qualifica certificata dall'autorità competente, una trascrizione della formazione (deve contenere i dettagli delle materie teoriche studiate e il numero di ore così come i dettagli dell'esperienza clinica), un certificato di buona condotta rilasciato dalla polizia, una fotocopia del passaporto o della carta d'identità, un certificato di unione civile/matrimonio, un certificato del corrente status professionale.

Quando viene verificato a quale qualifica si accede, si potrà richiedere la registrazione presso l'NMC, inviando il certificato di buona condotta, una fotocopia della carta d'identità e il certificato del corrente status professionale.
Se l'NMC rileva differenze significative tra la formazione effettuata e quella richiesto nel Regno Unito, c'è la possibilità di colmare questo divario attraverso un periodo di adattamento oppure attraverso una prova attitudinale.

In Australia, le qualifiche di un richiedente internazionale devono soddisfare otto criteri per essere ammissibili per la registrazione: una copia certificata e tradotta dell'attestato assegnato (è necessario assicurarsi che l'istituto di istruzione fornisca le informazioni necessarie direttamente all' AHPRA – Australian Health Practitioner Regulation Agency). Tra queste, il programma di studi e la qualifica, il curriculum accademico che deve certificare il completamento di almeno 800 ore di esperienza clinica.
Il titolo di studio sarà valutato confrontandolo con lo standard previsto per un laureato australiano.

Oltre a tutto questo è necessario fornire il nome dell'istituito di istruzione dove si è conseguito il diploma, il nome della qualifica ottenuta, le date di inizio e di fine corso, la copia della certificazione accademica.
Fondamentale è la conoscenza della lingua, verificata attraverso il superamento del test IELTS (International English Language Testing System).

Evidence Based Practice (EBP), non solo una definizione

Le migliori evidenze disponibili, l'esperienza clinica e le preferenze della persona assistita: su questo si basano le decisioni cliniche assunte dai professionisti.

di CHIARA GIROTTO e MICHELA LANZA

Infermiere, Direzione Professioni Sanitarie AULSS 21 Legnago

Corrispondenza:
chiara.girotto@aulsslegnago.it
michela.lanza@aulsslegnago.it

IL CODICE DEONTOLOGICO DELL'INFERMIERE: LA SPINTA AL CAMBIAMENTO

Dall'anno 2012 presso l'Azienda ULSS 21 di Legnago esiste e lavora il Gruppo EBP (Evidence Based Pratice) composto dalle varie professioni sanitarie (infermieri, fisioterapisti e ostetriche).
Il percorso che ha portato alla costituzione di tale gruppo è stato lungo e articolato.

Siamo partiti da una serie di riflessioni "stimolate" dal codice deontologico che orienta l'agire quotidiano.
Due in particolare gli articoli del Codice Deontologico che hanno mosso le riflessioni su cui si è incardinato il percorso per il cambiamento: 9 e 11.

Il primo, (l'articolo 9), recita *"L'infermiere nell'agire professionale si impegna ad operare con prudenza al fine di non nuocere"*. Il secondo, (l'articolo 11) invece, *"L'infermiere fonda il proprio operato su conoscenze validate e aggiorna saperi e competenze attraverso la formazione permanente, la riflessione critica sull'esperienza e la ricerca. Progetta, svolge e partecipa ad attività di formazione. Promuove, attiva e partecipa alla ricerca e cura la diffusione dei risultati"*.
Concetti fondanti l'agire professionale responsabile e orientato alla risposta personalizzata a bisogni di cura e di assistenza di natura complessa e in rapida evoluzione.

Ma come dare corpo e contestualizzarli nel quotidiano? Coinvolgendo direttamente i professionisti che sono al "letto" degli assistiti creando una rete di esperti (facilitatori) che partendo da quesiti specifici, siano in grado di condurre una ricerca bibliografica e di facilitare l'integrazione delle evidenze scientifiche nella pratica clinica.

BIBLIOGRAFIA

(1) Di Censo A, Cullum N, Ciliska D. Implementing evidence based nursing: some misconceptions [Editorial]. *Evidence Based Nursing* 1998; 1:38-40

(2) McMaster University, 2015 http://ebm.mcmaster.ca/about_intro.htm

(3) Lobiondo G., Haber J. Metodologia della ricerca infermieristica McGraw-Hill, 2004

(4) French P. Lo sviluppo dell'assistenza infermieristica basata su prove di efficacia Journal of Advanced Nursing, 1999, 29(1), 72-78

L'EVOLUZIONE DEL GRUPPO EBP

Professionalità coinvolte	2012 1° edizione Corso EBP Base	2013 Gruppo EBP	2014 Gruppo EBP	2015 2° edizione Corso EBP Base	2015 Gruppo EBP
Infermieri	24	20	14	19	33
Fisio	1	2	1	1	2
Ostetriche	/	/	/	2	2
Totale	**25**	**22**	**15**	**22**	**37**

IL PRIMO PASSO, LA FORMAZIONE

Nell'aprile del 2012 è stato attivato un primo percorso formativo, curato dai docenti del Centro Studi EBN dell'ospedale Sant'Orsola Malpighi di Bologna, che ha coinvolto 22 infermieri e 2 fisioterapisti delle unità operative dell'area medico-riabilitativa della nostra Azienda ULSS.
La formazione ha favorito l'acquisizione degli elementi metodologici di base indispensabili al gruppo per poter iniziare con incontri periodici del gruppo, fondamentali per garantire l'applicazione del metodo EBP e permettere di identificare aree di ricerca e approfondimento anche a valenza aziendale.

DALLA FORMAZIONE ALL'AZIONE

Da gennaio 2013 il gruppo così formato ha iniziato ad incontrarsi con cadenza mensile riscontrando qualche difficoltà iniziale legata allo sviluppo delle conoscenze teoriche e pratiche nella formulazione del quesito di ricerca, nella ricerca bibliografica e nell'applicazione delle evidenze scientifiche nella pratica clinica.
Ogni incontro ha una durata di tre ore e si sviluppa in cinque fasi ben strutturate:

1. Definizione del quesito di ricerca secondo la metodologia dell'EBP;
2. Ricerca della letteratura nelle principali banche dati bio – mediche on – line;
3. Lettura critica e traduzione degli articoli e dei documenti trovati;
4. Selezione dei documenti rilevanti;
5. Elaborazione di un documento di sintesi finale che contenga le indicazioni per la pratica clinica.

I primi argomenti affrontati sono stati comprensibilmente semplici ed hanno permesso il training dei componenti del gruppo, affrontando con gradualità, lo sviluppo di una competenza che richiede tempo e continuità per essere acquisita e consolidata.

Le tematiche indagate e approfondite nei primi due anni di attività del gruppo EBP – 2013 – 2014 – sono state le seguenti:

- Alimentazione tramite SNG bolo vs continua;
- Broncoaspirazione a circuito chiuso versus broncoaspirazione a circuito aperto;
- L'utilizzo di acidificanti urinari nei pazienti con catetere vescicale a permanenza;
- La riscoperta dell'ipodermoclisi per la correzione della disidratazione nel paziente anziano;
- La valutazione della disfagia nel paziente ricoverato per stroke acuto;
- La gestione delle calze antitrombo nelle aree chirurgiche e riabilitative: calza corta o calza lunga?

Nel corso del 2015, con un secondo percorso formativo, condotto, come il primo dai docenti del Centro EBN del Sant'Orsola Malpighi, sono stati coinvolti anche gli infermieri delle unità operative chirurgiche, le ostetriche e i fisioterapisti. Gli argomenti trattati dal gruppo, che progressivamente è aumentato sia in termini numerici sia di competenze agite (Tabella 1), sono stati:

- La gestione degli accessi arteriosi in terapia intensiva;
- Terapie intensive aperte e umanizzazione dell'assistenza: la presenza dei familiari riduce l'ansia dei pazienti ricoverati?
- Revisione Protocollo Aziendale per Prevenzione e Trattamento delle Ulcere da pressione.

L'attività sistematica e strutturata del gruppo, che si sta progressivamente consolidando, ha prodotto materiale bibliografico ed evidenze scientifiche utili allo sviluppo di progetti di altre unità operative garantendo così un supporto trasversale ai professionisti a livello aziendale.
Coinvolgimento, tempo, sistematicità

e motivazione sono gli elementi indispensabili a dare continuità al gruppo e alla produttività dello stesso.

IL GRUPPO EBP VISTO DA DENTRO: LE RIFLESSIONI DI MICHELA.

Componente del gruppo fin dalla sua costituzione lo racconta così.

"Come infermiere sostengo e sono convinta, come dice anche la letteratura, che la pratica clinica infermieristica si compone di azioni basate su quello che si è appreso durante gli anni di formazione e da ciò che via via si apprende con l'esperienza.

Ma quanto di ciò che facciamo è davvero utile ed efficace?

In un momento storico come l'attuale in cui i ritmi lavorativi sono sempre più serrati, le risorse umane e materiali sono limitate ma la qualità dell'assistenza erogata deve essere elevata, chiedersi se veramente le prestazioni offerte ai nostri assistiti sono le migliori e le più efficaci disponibili "qui e ora", è l'obiettivo a cui tendere.

Da ciò emerge la necessità di adottare pratiche infermieristiche ispirate alle migliori evidenze scientifiche disponibili, validando le nostre prestazioni con criteri di scientificità, per offrire un'assistenza sicura e per agire secondo i principi deontologici sanciti dal nostro Codice.

Sono state queste le motivazioni che mi hanno portato a far parte del gruppo EBP aziendale già dal 2012.

Il gruppo, supervisionato da un collega esperto si riunisce mensilmente: il lavoro si esplica in sottogruppi a partire sempre da quesiti clinici specifici che muovono da singole situazioni o da una variabilità non accettabile nella gestione di problemi e procedure da parte dei singoli professionisti. Non nego la mia iniziale riluttanza e difficoltà, imputabili soprattutto alla scarsa padronanza della lingua inglese: la maggior parte degli studi sono di produzione anglosassone.

Questo però non ha rappresentato un ostacolo all'approccio all'EBP, ma piuttosto un'opportunità oltre che una sfida molto stimolante da affrontare.

È questo, che fa dei nostri incontri mensili un momento di forte crescita culturale e professionale che ha come propulsore l'autoformazione e come obiettivo la risposta ai dubbi clinico-assistenziali e il superamento delle lacune teorico-pratiche emergenti dall'agire quotidiano.

Gli incontri rappresentano anche uno "spazio" dedicato alla ricerca, alla lettura e allo studio , altrimenti molto difficile da "ritagliare con sistematicità: uno spazio, anche per questo gratificante.

Mi auguro che il gruppo possa aumentare significativamente il numero dei suoi componenti e che la partecipazione ai lavori dello stesso possa essere vissuta come un diritto/dovere di ciascun professionista: un'esigenza irrinunciabile insomma.

> *You may say I'm a dreamer*
> *But I'm not the only one*
> *I hope someday you'll join us*
> *And the world will live as one*
>
> Imagine - *John Lennon*

Terapia intensiva aperta luci e ombre: l'esperienza dell'Ospedale Sacro Cuore di Negrar

Un'unità operativa comunemente pensata come un luogo in cui a causa delle condizioni critiche dei pazienti, le visite da parte di familiari e conoscenti sono possibili solo per ristretti intervalli di tempo. La necessità di non ostacolare l'attività del personale, evitare che una visita prolungata affatichi il paziente, l'obbligo di tutelare la privacy dei degenti ed evitare il rischio di infezioni sono state le motivazioni per anni sottese a questa posizione.

di MARTINA BRIGO

Infermiera, Terapia intensiva
Ospedale Sacro Cuore Negrar

Corrispondenza:
martinavr@hotmail.it

RIANIMAZIONE APERTA: NUOVI ORIZZONTI

Ad accendere il dibattito sulla fattibilità e la positività di una rianimazione aperta è stato aver messo in discussione tutto ciò che veniva assunto come motivo di chiusura, oltre al contemporaneo sviluppo di una medicina e un nursing più centrati sulla dimensione olistica del paziente e sull'imprescindibilità del suo rapporto sociale e familiare.
A sostegno di questa prospettiva che mira a considerare la famiglia come supporto e risorsa, Olsen et al. nel 2009 propongono una rappresentazione grafica di quanto sopra espresso (Figura 1).

Gli autori stessi affermano che *"L'interazione tra paziente, familiari e staff è cruciale. Lo scopo deve sempre essere quello di garantire il meglio per il paziente. Lo staff si deve inserire nella reciproca dipendenza che esiste tra paziente e persone per lui significative; perché questo sia possibile la famiglia deve essere informata su quanto succede all'interno della terapia intensiva e quali possono essere i bisogni del paziente durante il ricovero. Lo staff deve interpretare le reazioni del paziente assieme alla famiglia che conosce la persona ricoverata e le sue preferenze".*
Prendendo in esame ogni interazione all'interno di quello che anche Giannini (2007) chiama "triangolo di relazioni", si può ritenere che ogni rapporto tra i tre protagonisti ai vertici del triangolo è unico ma non fine a se stesso.
Se la presenza di un familiare aiuta il team a valutare e interpretare reazioni e richieste dell'assistito, è anche vero che il team stesso è presenza fondamentale perché i familiari capiscano e vengano informati sulla situazione del paziente.

Si instaura quindi un rapporto di integrazione tra l'aspetto umano e personale del paziente espresso da chi lo conosce e la professionalità dello staff, che per essere tale deve necessariamente integrare e rispettare l'aspetto emotivo nel piano di cura e assistenza. Per esprimere questo concetto Bonicelli afferma:" Nella relazione tra equipe – malato – famiglia, il familiare/caregiver deve essere considerato una risorsa non solo per l'ammalato ma anche per l'equipe dei curanti: questi

Figura 1 - **INTERAZIONI E RUOLI PER SUPPORTARE IL PAZIENTE**

BIBLIOGRAFIA

(1) Adamson H., Murgo M., Boyle M., Kerr S., Crawford M. & Elliott D. (2004), *Memories of intensive care and experiences of survivors of a critical illness: an interview study*, Intensive and Critical Care Nursing, 20: 257-263

(2) Azzi R. & Bambi S. (2009), *Terapia intensiva aperta: un'opzione percorribile? Il punto di vista di pazienti, visitatori e operatori sanitari*, Assistenza Infermieristica e Ricerca, 28 (2): 89-95

(3) Berti D., Ferdinande P. & Moons F. (2007) *Beliefs and attitudes of intensive care nurses toward visits and open visiting policy*, Intensive Care Medicine, 33: 1060-1065

(4) Bonicelli L., *Terapie intensive aperte: timori reali e paure infondate, Atti del seminario "Rianimazione Aperta: nuovi orizzonti"*, Verona 6 Febbraio 2010

(5) Codice Deontologico dell'Infermiere (2009), Federazione Nazionale Collegi Ipasvi

(6) Giannini A. (2007) *Open intensive care units: the case in favour.* Minerva Anestesiologica, 73: 299-306

(7) Olsen K. D., Dysvik E. & Hansen B. S. (2009) *The meaning of family members presence during intensive care stay: a qualitative study*, Intensive and Critical Care Nursing,25: 190-198

Tabella 1 - **REPORT QUESTIONARI SOMMINISTRATI NEL DICEMBRE 2010**

PRO-ITEM	1	2	3
L'orario di compagnia ha un effetto positivo per il paziente	20	1	8
I parenti possono aiutare i pazienti a comprendere meglio la situazione	16	10	3
Un orario di visita flessibile riduce l'ansia dei parenti	16	4	9
Un orario di visita flessibile ha un impatto importante sul decorso /miglioramento del paziente	10	17	2
Un orario di visita esteso contribuisce allo sviluppo di un'assistenza centrata sul paziente	16	10	3
I parenti possono essere d'aiuto a chi eroga l'assistenza	9 (31%)	8	11
CO-ITEM	**1**	**2**	**3**
Un esteso orario di visita comporta un aumento del carico di lavoro per il personale	21 (72.4%)	0	8
I parenti interferiscono con lo svolgersi del processo infermieristico	16	4	9
La presenza delle familiari viola la privacy dei pazienti	6	18	5
L'orario di visita esteso obbliga in un certo senso i parenti a stare con il paziente	16	0	13
L'orario di visita esteso interferisce con il clima tra il personale	17	3	9
La presenza dei familiari fa sentire il personale "sotto controllo"	18 (62%)	4	7
La rianimazione aperta fa innervosire il personale per la costante paura di sbagliare	19 (65%)	3	7

Legenda: 1 = Accordo 2 = Indifferente 3 = Disaccordo

devono promuovere rapporti di fiducia e di collaborazione col familiare, nel rispetto dell'auto determinazione del paziente".
Lo staff della terapia intensiva e la famiglia del paziente stanno alla base del "triangolo di relazioni", infatti insieme sostengono una struttura che rappresenta il supporto sociale finalizzata alla presa in carico del paziente e di tutti i suoi bisogni; proprio perché persone significative per l'assistito e equipe si trovano alla base di questo sostegno sociale, è facile capire come il loro ruolo sia diverso ma assolutamente paritario come valore. La necessità è dunque quella che il supporto che possono dare separatamente diventi una somma si supporti, e non che uno escluda l'altro.

LA NOSTRA ESPERIENZA, L'INIZIO

Tra il 2009 e il 2010 all'interno della nostra equipe abbiamo iniziato a riflettere e a confrontarci sulla possibilità di estendere l'orario di visita.
Per questo la coordinatrice infermieristica e alcuni rappresentanti del gruppo medico hanno visitato alcune realtà italiane in cui era già presente questo modello di organizzazione delle visite, e hanno raccolto materiale di letteratura a riguardo. Da qui, è nata la volontà di elaborare un progetto (maggio-novembre 2010) per l'ampliamento degli orari di visita.
Gli elementi chiave su cui il progetto si è sviluppato sono stati i componenti essenziali della relazione, equipe – malato –famiglia: tre fronti quindi sui quali si è lavorato per arrivare a un cambiamento consapevole: era il dicembre 2010.

L'EQUIPE, L'OBIETTIVO

L'obiettivo prioritario è stato quello di stimolare lo scambio di opinioni e convinzioni sull'argomento in questione attraverso dei focus group finalizzati a esplorare le opinioni, le credenze e gli atteggiamenti degli operatori verso l'apertura ai familiari della terapia intensiva e a condividerle con tutta l'equipe.
I focus group condotti sono stati 4 della durata di 1 ora e mezza ciascuno, in cui erano presenti 10 medici su un totale di 18, 17 infermieri su 20, 6 OTAA su 8.
Non sono stati inclusi in questi gruppi il direttore dell'unità operativa e la coordinatrice infermieristica, al fine di non ostacolare o influenzare la libertà di espressione dei partecipanti.
Le domande stimolo proposte durante i focus group sono state tre:
Quali sono i vantaggi e gli svantaggi di avere una terapia intensiva aperta? Quale ritenete possa essere l'ostacolo più difficile da gestire? Quali strategie possiamo prevedere di mettere in atto?
Quanto emerso dai focus group è stato successivamente elaborato e sono state valutate, in relazione alle caratteristiche dell'unità operativa, le eventuali modifiche da attuare per accogliere i familiari. Per garantire la privacy al paziente e ai suoi familiari sono state allestite delle tende divisorie all'ingresso di ogni box mentre per favorire il comfort dei familiari ogni posto letto è stato dotato di una sedia/poltrona.

Per quanto riguarda invece l'orario di visita le nuove modalità sono state inserite nell'opuscolo informativo dedicato ai familiari e rivisto in seguito al cambiamento: i visitatori possono accedere per un orario cosi detto "di compagnia" alla terapia intensiva muniti di un pass specifico.
A tutti i componenti dell'equipe è stato poi somministrato un questionario (Berti et al. 2007) per raccogliere paure, idee e opinioni in merito alla nuova organizzazione dell'orario di visite (Tabella 1). I questionari somministrati

Tabella 2 - **REPORT QUESTIONARI SOMMINISTRATI NEL DICEMBRE 2012**

PRO-ITEM	1	2	3
L'orario di compagnia ha un effetto positivo per il paziente	27	0	0
I parenti possono aiutare i pazienti a comprendere meglio la situazione	22	2	3
Un orario di visita flessibile riduce l'ansia dei parenti	25	2	0
Un orario di visita flessibile ha un impatto importante sul decorso /miglioramento del paziente	19	8	0
Un orario di visita esteso contribuisce allo sviluppo di un'assistenza centrata sul paziente	16	9	2
I parenti possono essere d'aiuto a chi eroga l'assistenza	18 (66.6%)	8	1
CO-ITEM	1	2	3
Un esteso orario di visita comporta un aumento del carico di lavoro per il personale	3 (11%)	19	5
I parenti interferiscono con lo svolgersi del processo infermieristico	4	9	14
La presenza delle familiari viola la privacy dei pazienti	4	7	16
L'orario di visita esteso obbliga in un certo senso i parenti a stare con il paziente	2	8	17
L'orario di visita esteso interferisce con il clima tra il personale	6	9	12
La presenza dei familiari fa sentire il personale "sotto controllo"	7 (25%)	12	8
La rianimazione aperta fa innervosire il personale per la costante paura di sbagliare	4 (14%)	7	16

Legenda: 1 = Accordo 2 = Indifferente 3 = Disaccordo

sono stati 48, quelli compilati 29. Lo stesso questionario è stato riproposto poi a dicembre 2012, dopo due anni dall'apertura, per far emergere eventuali paure e pregiudizi che inizialmente sembravano essere un ostacolo all'apertura (Tabella 2). In questa seconda somministrazione sono stati distribuiti 49 questionari e 27 quelli restituiti compilati.

Da quanto è emerso dai questionari somministrati nel 2010, fonte di preoccupazione per gli operatori sembrava essere la sensazione di essere controllati dal parente durante lo svolgimento del proprio lavoro. I dati, infatti, evidenziano il 62% e il 65% di accordo con i co-item relativi alla sensazione del team di sentirsi sotto controllo e alla paura di sbagliare, contro valori percentuali di 25% e 14% per gli stessi item dopo due anni.
Anche la percezione che la presenza dei parenti possa comportare un aumento del carico di lavoro del personale ha visto dati raccolti fortemente contrastanti prima e dopo l'apertura: dal 72,4% nel 2010, all'11% nel 2012.
Questi e altri timori sembrano molto contenuti dopo un'esperienza di apertura di due anni. Nonostante la preoccupazione che questa apertura obbligasse in un certo senso il familiare a restare forzatamente con il malato, si è visto con il passare del tempo che un buon rapporto instaurato con la famiglia può maturare solo avendo del tempo per coltivarlo, e che il familiare partecipando quotidianamente alle attività del reparto, si sente libero di esprimersi, e fiducioso nei confronti dello staff.
Nelle attività di assistenza rispetto alle quali i familiari erano talvolta visti come un ostacolo, è stato promosso un atteggiamento inclusivo, permettendo loro di partecipare direttamente a pratiche di nursing sul paziente, con supervisione dell'infermiere e di essere presente al letto del paziente durante manovre anche invasive.
Questa libertà e trasparenza nel "mettere a nudo" le attività che il personale svolge, ha contribuito in maniera essenziale a creare profondi rapporti di fiducia con la famiglia, ad abbattere il muro che fa sembrare il lavoro dell'equipe un'attività sempre a "porte chiuse", e ha inoltre permesso di mettere in luce il grado di professionalità che contraddistingue ognuno dei diversi professionisti dell'equipe.

I dati raccolti dai questionari hanno mostrato un cambio di opinione anche riguardo alla possibilità di far partecipare il parente all'assistenza diretta sul paziente: nel 2010 solo il 31% del gruppo si dimostrava in accordo con la possibilità che il familiare potesse essere d'aiuto a chi eroga assistenza; questo dato ha raggiunto il 66,6% nel 2012.

I FAMILIARI, L'ACCESSO ALLA TERAPIA INTENSIVA

"L'apertura delle porte" ha dato inizialmente la possibilità ai familiari di accedere al reparto uno per volta con intervalli di almeno due ore, questo per garantire un numero massimo di persone presenti in reparto consono con gli spazi disponibili.

Con il passare del tempo poi è apparso indispensabile personalizzare talvolta gli orari e le modalità di accesso a seconda di specifiche condizioni del paziente (ad esempio morte imminente, paziente minorenne) andando incontro cosi ai bisogni specifici di pazienti e familiari (orari lavorativi, distanza geografica, preferenze del paziente stesso).
Era tanta la preoccupazione emersa dai focus group in merito all'individuazione di regole efficaci per regolare la presenza dei parenti in reparto: in realtà è poi risultato evidente come non siano state le regole a dimostrarsi utili, ma piuttosto l'apertura mentale necessaria per personalizzare disponibilità ed orari in base alle preferenze di ogni famiglia e paziente.

A distanza di 24 mesi abbiamo valutato il percorso fatto somministrando un questionario ai familiari (Azzi & Bambi 2009) per valutare l'efficacia e l'efficienza del nuovo modello di organizzazione delle visite, valutare l'impatto della stessa sul paziente e sui suoi familiari e individuare i punti deboli del progetto, come ad esempio: bisogni formativi, lacune organizzative.
Il questionario, anonimo, è stato somministrato a 10 familiari che hanno fru-

ito dell'estensione dell'orario di visita (Tabella 3).

Sarebbero stati ben più di 10 i familiari a poter dare un parere su questa esperienza ma molti sono i limiti dell'area critica quando si tratta di valutare il grado di soddisfazione: ricoveri talvolta di breve durata, il lutto che porta spesso con sè dinamiche familiari in cui è difficile trovare spazio per la compilazione di un questionario, l'età spesso avanzata dei pazienti di questa unità operativa che comporta un'altrettanta anzianità del coniuge con le prevedibili difficoltà di compilazione, problemi linguistici-culturali, esclusione del genitori di pazienti minorenni poiché si considera scontata la loro presenza al letto del bambino tanto quanto in pediatria. I dati raccolti sono stati di essenziale importanza per l'equipe, poiché nonostante l'indiscussa approvazione dei familiari riguardo l'apertura, hanno messo in luce alcuni elementi su cui lo staff è chiamato a lavorare costantemente: la chiarezza delle informazioni tarate di volta in volta in base alle diverse capacità di comprensione di pazienti e familiari, la necessità di trovare un luogo consono per avere un colloquio tra staff e famiglia, essere informati costantemente su cosa viene fatto al paziente e perché lo si fa e mantenere un registro consono durante le attività lavorative nel rispetto della criticità di alcuni pazienti.

IL PAZIENTE, IL SUO VISSUTO

Sebbene l'effetto positivo della presenza dei familiari al letto del paziente sia sotto gli occhi di tutta l'equipe, è sentito da parte dello staff il bisogno di sapere cosa effettivamente pensa il paziente del suo ricovero in terapia intensiva, cosa ricorda e quali ripercussioni ha avuto questa esperienza sulla sua vita e su quella della sua famiglia.
Le domande non si limitano certo a esplorare il parere del paziente in merito all'estensione degli orari di visita, dal momento che talvolta si assiste a lunghi periodi di incoscienza o episodi di delirio. È infatti l'esperienza generale del paziente ad essere al centro dell'attenzione dello staff, su cui anche l'apertura della rianimazione ha

Tabella 3 - **REPORT QUESTIONARI SOMMINISTRATI AI FAMILIARI DICEMBRE 2010 – DICEMBRE 2012**

Quanto si ritiene soddisfatto per le risposte ricevute in reparto ai seguenti bisogni?			
	1	**2**	**3**
Ricevere risposte sincere	0	2	8
Sentirsi sicuro che viene fornita la migliore assistenza	0	1	9
Ricevere informazioni con parole comprensibili	0	3	7
Sapere esattamente in che cosa il paziente sta migliorando o peggiorando	0	4	6
Vedere che il paziente è tranquillo e curato	0	1	9
Ricevere informazioni da infermieri e medici almeno una volta al giorno	0	1	9
Sentirsi accettato dal personale sanitario	0	2	8
Poter partecipare ad alcune attività assistenziali sul paziente	0	1	9
Conoscere il motivo delle azioni fatte sul paziente	0	3	7
Avere orari di visita flessibili se cambiano le condizioni del paziente	0	1	9
Ricevere chiarimenti su attrezzature e presidi collegati al paziente prima di entrare in reparto	1	2	8
Poter stare da soli col proprio caro	0	1	9
Ricevere le informazioni in luogo idoneo	2	3	5
Legenda: 1 = Accordo 2 = Indifferente 3 = Disaccordo			

SPAZIO PER SUGGERIMENTI, COMMENTI LIBERI:
- "In alcuni momenti comportamento del personale poco consono (molto rumoroso), un caso di mancanza di deontologia"
- "Spero che ci troviamo ugualmente bene anche nel prossimo reparto dove mio figlio verrà trasferito. Approvo pienamente il progetto di apertura ai familiari. Grazie per tutto"
- "Complimenti, riuscite a rendere questo posto meno pesante"
- "Questa è la prima esperienza siamo rimasti soddisfattissimi"

sicuramente un grosso impatto. Inutile ricordare come la raccolta dei dati che riguardano la soddisfazione del paziente ricoverato in rianimazione sia estremamente difficile a causa delle sue condizioni critiche, e del fatto che in fase post critica è prossimo al trasferimento in un altro reparto. Risulta inoltre complicata anche l'individuazione di un criterio di inclusione dei pazienti alla somministrazione di un ipotetico questionario, poiché i pazienti di una rianimazione generale possono avere qualsiasi età, una discreta varietà di patologie che hanno poi ripercussioni diverse sulle abilità del paziente una volta riabilitato.
La perdita dei contatti con paziente e famiglia dopo la dimissione, il rifiuto del paziente di rispondere a domande che lo costringano a ripensare a un periodo estremamente critico e doloroso della sua vita, si aggiungono all'elenco di difficoltà.
Nonostante questo nel 2015 abbiamo contattato i pazienti ormai dimessi e riabilitati, per sottoporli (se d'accordo e in grado di sostenerla) a un'intervista telefonica per indagare (Adamson H. 2004) sensazioni, ricordi e conseguenze del ricovero in terapia intensiva.

LE CONCLUSIONI

L'esperienza vissuta finora nella nostra unità operativa dà molto valore al fatto che il familiare possa assistere direttamente all'insieme di attività di cura e assistenza. Questo è importante per due ragioni: la prima perché rappresenta un modo per mostrare alle persone quale sia il lavoro svolto in rianimazione e il livello di presa in carico dei pazienti, la seconda perché permette ai familiari di avere una visione continua del proprio caro.
L'equipe ha trovato estremo vantaggio ad impegnarsi a seguire innanzitutto una linea comune riguardo alle informazioni da dare: è infatti destabilizzante per un familiare non trovare coerenza tra quanto gli viene detto dai diversi operatori.

Anche la gestione dell'ansia dei parenti è senza dubbio un punto cruciale che mette a dura prova le singole personalità dei membri dell'equipe; se coeso il gruppo, svolge una funzione di supporto e di bonifica delle emozioni dei singoli membri.
L'esperienza finora vissuta ha disegnato un percorso compiuto dal personale, grazie al quale partendo da pregiudizi, paure e interrogativi, si è arrivati a capire che l'apertura delle porte rappresenta un grande passo verso una sentita umanizzazione delle cure anche in area critica.
Dopo questo cambiamento organizzativo la nostra equipe è costantemente stimolata a mettersi in discussione, sentendo quotidianamente il bisogno di condividere informazioni all'interno del team in più momenti della giornata, cosi da mantenere il più possibile la coerenza e l'efficacia dei contenuti trasmessi a paziente e familiari.
Meeting medici-infermieri al mattino, e un incontro tra infermieri tra il mattino e il pomeriggio, sono momenti che vengono dedicati al confronto tra il personale. Ad essere trasmesse non sono solo informazioni legate alla clinica, vengono esternate anche, ad esempio, difficoltà comunicative, viene valutata la rete familiare del paziente per individuare eventuali problematiche e qualsiasi altra questione valga la pena di condividere con il gruppo.
L'articolo 21 del Codice Deontologico dell'Infermiere (2009) è fortemente orientante e conferma la bontà della nostra scelta di cambiamento: "L'infermiere, rispettando le indicazioni espresse dall'assistito, ne favorisce i rapporti con la comunità e le persone per lui significative, coinvolgendole nel piano di assistenza. Tiene conto della dimensione interculturale e dei bisogni assistenziali ad essa correlati".

La malattia non rappresenta un evento isolato nella vita di una persona, ma una condizione di sofferenza che si proietta sulla storia familiare del paziente. La famiglia, dunque, nel momento della malattia rappresenta un elemento importante per la continuità esistenziale del paziente, e di quello che più gli appartiene: le relazioni e i suoi affetti. È dovere del professionista sanitario tutelate e dare spazio ai parenti perché l'evento malattia non sia la causa di un isolamento "affettivo".

Responsabilità professionale infermieristica e valore della documentazione sanitaria: un contributo alla riflessione

La modalità di redazione della cartella clinica è un indicatore utile alla valutazione del processo assistenziale ospedaliero. Ma in che modo questo può divenire elemento probatorio nell'accertamento della responsabilità infermieristica?

di LORELLA BONETTI

Infermiera, AOUI Verona
Master Infermieristica legale

Corrispondenza:
lo.bonetti@icloud.com

UNA PREMESSA PER ENTRARE NEL MERITO

Le linee di guida del Ministero della salute del 17 giugno 1992 *"La compilazione, la codifica e la gestione della scheda di dimissione ospedaliera istituita ex DM 28.12.1991* definiscono la cartella clinica come *"lo strumento informativo individuale finalizzato a rilevare tutte le informazioni anagrafiche e cliniche significative relative ad un paziente e ad un singolo episodio di ricovero.*
Ciascuna cartella clinica ospedaliera deve rappresentare l'intero episodio di ricovero del paziente nell'istituto di cura: essa, conseguentemente, coincide con la storia della degenza del paziente all'interno dell'ospedale. La cartella clinica ospedaliera ha così inizio al momento dell'accettazione del paziente in ospedale, ha termine al momento della dimissione del paziente dall'ospedale e segue il paziente nel suo percorso all'interno della struttura ospedaliera."

Dunque, una fonte di indicatori della qualità dell'assistenza erogata alla persona assistita e, nel modo in cui viene documentata, espressione di competenze e responsabilità dei professionisti coinvolti nel processo di cura e assistenza.
Ma per comprendere meglio i risvolti sul piano giuridico di questo strumento informativo occorre soffermarsi su alcuni termini:

- *documentare*: comprovare con documenti la verità di un fatto, l'esattezza di un'affermazione; sostenere con documenti la fondatezza di un atto, il contenuto di uno scritto o di un discorso. Più genericamente dimostrare con prove sicure;
- *documentazione*: atto del documentare, il raccogliere documenti, il corredare di documenti (uno scritto, un atto giuridico, etc.); l'insieme di documenti, testimonianze, prove, notizie raccolte, dimostrazione fondata su documenti.
- *atto/documento*: documento redatto da un pubblico ufficiale nell'esercizio delle sue funzioni.

Considerando il significato di questi termini quindi la cartella clinica è, in un certo senso, il raccoglitore di tutte le informazioni sanitarie e non relative al paziente e, per quanto d'interesse, ai suoi familiari rilevate e trascritte dal personale sanitario nel corso del suo ricovero: informazioni che per la loro natura sono fondamentali a un rapido e puntuale inquadramento nosologico del caso clinico e alla pianificazione di prestazioni personalizzate e mirate.

Ancora, in base ai principi del diritto amministrativo, la cartella clinica può essere definita *"atto documentale di tipo sanitario"*. Con tale espressione si intende qualsiasi supporto (cartaceo o magnetico) contenente i dati sanitari di una persona o di una prestazione e dotato di *certezza* e *fede pubblica* (in quanto compilato, sottoscritto e rilasciato da un pubblico ufficiale o da un incaricato di pubblico servizio a ciò delegato da un'autorità amministrativa pubblica) (ex art. 2699 del codice civile).

LA CARTELLA CLINICA, ATTO PUBBLICO CON VALORE GIURIDICO

Il valore documentale della cartella clinica assume due distinte finalità:

- *sanitaria* (in primis): in quanto rappresenta una raccolta di notizie riguardanti il paziente nei riferimenti anamnestici, obiettivi, terapeutici e dietetici dai rispettivi professionisti coinvolti nel processo di cura;
- *giuridica*: perché costituisce un "atto pubblico di fede privilegiata" in quanto redatto da un pubblico ufficiale (art. 357 del codice penale) o da un dipendente "incaricato di pubblico servizio" (art. 358 del codice penale) nell'esercizio delle sue funzioni (come si evince dalla definizione della Corte di Cassazione del 1975).

L'atto pubblico (artt. 2699, 2700 del codice civile) è un documento, posto in essere con le richieste formalità da un notaio o da un pubblico ufficiale, autorizzato ad attribuirgli pubblica fede nel luogo dove l'atto è formato.
Esso costituisce piena prova fino a querela di falso, sia riguardo alla provenienza del documento (cioè il pubblico ufficiale che l'ha formato) che alle dichiarazioni delle parti e degli altri fatti in esso risultanti come avvenuti in presenza di un pubblico ufficiale o da lui compiuti.

BIBLIOGRAFIA

(1) Barni M., Santossuolo A., *Medicina e diritto*. Ed. Giuffre', 1995

(2) Bartolini F., Codice di Procedura Civile, CELT La Tribuna,2006

(3) Calibra di L., Codice di Procedura Penale, CELT La Tribuna, 2006

(4) Benci L., *Aspetti giuridici della professione infermieristica*, MC Graw Hill 2008

(5) Nante N., Brandini S., Autieri G., *Uno strumento per la valutazione del processo assistenziale ospedaliero, la qualità redazionale della cartella clinica*. 2001 Medicina sociale vol.5

(6) Papi L., *Elementi di Medicina legale per infermieristica*, Ed plus 2009

In sede processuale l'atto pubblico può assumere una diversa rilevanza soprattutto nei procedimenti civili in quanto il giudice:

- é vincolato dalla ricostruzione del fatto contenuta nell'atto pubblico fidefacente (ovvero che fa fede, porge una testimonianza, offre una prova) come definito e regolamentato dagli articoli 2699 e 2700 del codice civile precedentemente citati;
- valuta liberamente la ricostruzione del fatto contenuta nell'atto pubblico in senso lato, ossia atti pubblici redatti dagli incaricati di pubblico servizio nell'esercizio delle loro funzioni.

L'INFERMIERE, INCARICATO DI PUBBLICO SERVIZIO

Nella sua veste di incaricato di pubblico servizio, in quanto dipendente pubblico possiede insito nel suo ruolo tre tipi di responsabilità: civile, penale e disciplinare. E' per questa ragione che i dipendenti pubblici in genere e, nello specifico gli operatori sanitari, nell'esercizio delle loro funzioni devono garantire oltre al rispetto delle norme contrattuali anche una piena adesione ai valori sottesi all'azione delle pubbliche amministrazioni, ovvero l'interesse pubblico.
Quindi, quanto contenuto nella cartella clinica e attestato (salvo che la parte interessata non intenti una querela per falso), dall'incaricato di pubblico servizio (o dal pubblico ufficiale) costituisce un vincolo di verità.
Gli articoli del codice penale che possono configurare l'eventuale responsabilità penale dell'infermiere sono sostanzialmente tre: art. 479 – *Falsità ideologica commessa dal pubblico ufficiale in atti pubblici*, art. 476 – *Falsità materiale commessa dal pubblico ufficiale in atti pubblici*, art. 493 – *Falsità commesse da pubblici impiegati incaricati di pubblico servizio.*
Essi rappresentano il riferimento giuridico per definire i "reati" del professionista sanitario. Infatti, come sancito dall'art. 27 della Costituzione (Parte I, Diritti e doveri dei cittadini, Titolo I, Rapporti civili), la responsabilità penale è personale. Nell'ambito di un contenzioso in sede penale il professionista é chiamato a rispondere personalmente del fatto-reato che gli viene attribuito.

LA DOCUMENTAZIONE SANITARIA: I REQUISITI

La documentazione clinica è atto originale, fonte primaria di quanto in esso contenuto. I fatti e le attestazioni di scienza documentate hanno rilevanza giuridica: la legge affida loro certezza, e fede pubblica relativamente alle attività compiute durante l'intera prestazione sanitaria.

A determinare la qualità della documentazione sanitaria concorrono molteplici elementi. Alcuni di questi sono da considerarsi validi per ogni tipologia documentale e, secondo quanto disposto dalle linee guida ministeriali (Lorella puoi mettere titolo e data delle linee guida?), veri e propri requisiti formali della stessa. Tra questi in particolare:

- *rintracciabilità*: se la tracciabilità è il processo che consiste nel tenere traccia degli elementi costitutivi di una data attività, la rintracciabilità consiste nel percorso inverso e cioè risalire ad attori ed azioni e a tutti i materiali e documenti costituitivi dell'episodio di ricovero;
- *chiarezza*: sia grafica che contenutistica: chi scrive dovrebbe aver sempre presente che la sua traccia è funzionale all'operato proprio ma anche a quello altrui.

"La comunicazione dei dati deve essere effettuata in forma intellegibile anche attraverso l'utilizzo di grafia comprensibile" (D.Lgs 196/2003, Codice in materia di protezione dei dati personali – art 10, *Riscontro all'interessato*, comma 6);

- *accuratezza e appropriatezza*: la prima attiene alla cura e alla diligenza nella stesura del contenuto, la seconda alle caratteristiche del linguaggio. Le descrizioni effettuate, infatti, dovrebbero:
  - essere conformi alle più consolidate conoscenze professionali;
  - riferire prima dati oggettivi quindi eventuali deduzioni o considerazioni;
  - essere essenziali e non in eccesso. Un'imperfetta compilazione della cartella clinica costituisce inadempimento (Sentenza della Corte di Cassazione Civile sezione III n 11316 del 21 luglio 2003);
- *attualità*: gli eventi dovrebbero essere registrati contestualmente al loro verificarsi o nell'immediato seguito. Ciò, al fine di prevenire il rischio clinico consentendo agli operatori sanitari di avere un aggiornato strumento di consultazione e di un valido supporto all'assunzione di decisioni clinico-assistenziali;
- *veridicità*: gli elementi informativi registrati devono essere corrispondenti a quanto riferito dall'assistito o rilevato dai sanitari: in altri termini, conformi al vero.

Secondo la Corte di Cassazione (sentenza n. 11316 del 21 luglio 2003) la carente compilazione della cartella clinica può portare alla presunzione di colpa perché la carente compilazione della cartella clinica o di certificati annessi non può essere pregiudizievole per il paziente.

- *pertinenza*: i dati riportati nella documentazione sanitaria devono essere coerenti, completi e non eccedenti rispetto alle finalità per le quali sono raccolti o successivamente trattati (D.Lgs 196/2003, Codice in materia di protezione dei dati personali – art 11, Modalità di trattamento e requisiti dei dati). La pertinenza è quindi la correlazione tra le informazioni riportate in cartella e le esigenze informative definite;
- *completezza*: un documento sanitario è completo quando in esso sono presenti tutti i requisiti formali richiesti.

LA DOCUMENTAZIONE INFERMIERISTICA COME ELEMENTO PROBATORIO

La documentazione infermieristica, parte integrante della cartella clinica, rappresenta un elemento prova di valore assoluto, talora decisivo, nei procedimenti civili e penali per l'accertamento della responsabilità sanitaria.
Tale documentazione, in formato cartaceo o informatizzato, attesta la pianificazione dell'assistenza infermieristica, elaborata e attuata dall'infermiere per ogni persona assistita. In altri termini, la documentazione infermieristica è la rappresentazione in forma scritta degli atti compiuti dagli infermieri riguardo a un assistito e costituisce un supporto necessario a garantire la continuità, la congruità e l'adeguatezza del processo assistenziale. Inoltre, costituisce elemento di evidenza dei servizi assistenziali erogati.
I vantaggi e gli obiettivi della documentazione infermieristica sono sintetizzabili nei sette punti seguenti:

1. migliora l'assistenza agli utenti attraverso la gestione delle informazioni in un unico documento avente *valore legale*;
2. facilita l'erogazione di un'assistenza infermieristica personalizzata;
3. è uno strumento indispensabile per la garanzia della continuità delle cure infermieristiche nel percorso assistenziale;
4. favorisce la raccolta sistematica e completa delle informazioni necessarie per l'erogazione dell'assistenza infermieristica;
5. permette la pianificazione e la documentazione dell'assistenza infermieristica;
6. migliora l'integrazione e la comunicazione tra i membri dell'equipe assistenziale di cura;
7. permette la valutazione dei risultati conseguiti da parte del professionista.

La documentazione infermieristica è quindi lo strumento che rende osservabile, misurabile ed evidente il processo di assistenza infermieristica e l'applicazione del contenuto specifico del profilo professionale dell'infermiere.

In sintesi garantisce la pianificazione assistenziale, permette l'individuazione dell'assistenza infermieristica, valuta il raggiungimento degli obiettivi ed è una fonte di dati utili per le verifiche a lungo termine delle attività proprie dell'infermiere.
Già il D.P.R. n. 384/1990 (*Regolamento per il recepimento delle norme risultanti dalla disciplina prevista dall'accordo del 6 aprile 1990 concernente il personale del comparto del Servizio sanitario nazionale, di cui all'art. 6 del decreto del Presidente della Repubblica 5 marzo 1986, n. 68*) articolo n 57, comma 4, lettera d, stabiliva che l'implementazione di un modello assistenziale che - nel quadro di valorizzazione della specifica professionalità - consentisse, anche attraverso l'adozione di una cartella infermieristica, un progressivo miglioramento delle prestazioni al cittadino.

Contenuto reso ancora più esplicito dal DM n. 739/1994 (Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale) che articolo 1 recita "omissis… l'infermiere è responsabile dell'assistenza generale infermieristica".
Concetto in altro modo ribadito sia nell'articolo 1 (Definizione delle professioni sanitarie), comma 2 della legge n. 42/1999 (*Disposizioni in materia di professioni sanitarie*) che sancisce l'abrogazione del DPR n.225/1974 sia nell'articolo 1 (Professioni sanitarie infermieristiche e ostetriche), comma 1 della Legge n. 251/2000 (*Professioni sanitarie infermieristiche e professione sanitaria ostetrica*) che recita: "gli operatori delle professioni sanitarie dell'area delle scienze infermieristiche omissis… utilizzano metodologie di pianificazione per obiettivi dell'assistenza."

Un quadro normativo, quello ricordato, che nella sostanza ha prodotto il riconoscimento dell'infermiere come professionista. In quest'ottica, la cartella infermieristica non può che essere elemento irrinunciabile per il governo del processo di cui è responsabile. La documentazione infermieristica non è fondamentale solo perché è uno strumento informativo, formalizzato ma soprattutto perché è uno spazio in cui trovano esplicitazione il ragionamento diagnostico, la pianificazione, l'erogazione e la valutazione dell'assistenza infermieristica.
I processi decisionali e operativi condivisi contribuiscono a uniformare il comportamento fra i diversi professionisti favorendo la costruzione di un linguaggio comune.
I cambiamenti normativi e non che hanno riguardato la professione infermieristica hanno mutato significativamente l'immagine dell'infermiere e innovato la sua responsabilità nei confronti del cittadino e della collettività.
Essere consapevoli delle responsabilità significa accrescere la propria professionalità: *essere liberi significa essere responsabili, e se non si é responsabili non si é liberi*.

ISTITUZIONI E TERRITORIO

Servizio Sanitario Regionale: i chiaro-scuri dell'Azienda zero

"Assolutamente innovativa e destinata a segnare un nuovo corso per la sanità della nostra Regione", così il Presidente Luca Zaia definisce la proposta di legge di "Istituzione dell'ente di governance della sanità regionale veneta".

a cura della REDAZIONE

Figura 1

IL PROGETTO DI LEGGE N. 23

"*Istituzione dell'ente di governance della sanità regionale veneta denominato Azienda per il governo della sanità della Regione Veneto – Azienda Zero. Disposizioni per l'individuazione dei nuovi ambiti territoriali delle Aziende ULSS*": è questo il titolo della proposta presentata da Zaia alla Presidenza del Consiglio Regionale il 26 giugno scorso.
Quattro titoli e ventiquattro articoli compongono un articolato che propone una nuova organizzazione della sanità veneta: è istituita l'Azienda Zero e sono diversamente costituite e organizzate le Aziende ULSS.

L'AZIENDA ZERO

Ente del Servizio Sanitario Regionale (SSR) è dotata di personalità giuridica di diritto pubblico e di autonomia amministrativa, organizzativa, contabile e patrimoniale e ha sede a Venezia (art 1).
Svolge funzioni di programmazione e attuazione sanitaria e socio-sanitaria, coordinamento e governance delle Aziende ULSS e degli altri enti del SSR, nonché le funzioni ad essa attribuite di gestione di attività tecnico-specialistiche, anche di supporto alle Aziende ULSS e agli altri enti del SSR (art. 2).
Tra le competenze attribuite all'Azienda Zero rientrano in particolare (art. 2):

- la produzione di analisi, valutazioni e proposte a supporto della programmazione sanitaria e socio-sanitaria regionale di competenza della Giunta regionale e del Consiglio regionale;
- la programmazione finanziaria della sanità regionale nel rispetto dei vincoli posti dalla Giunta regionale e dal Consiglio regionale;
- la determinazione degli obiettivi dei Direttori delle Aziende ULSS e degli altri enti del SSR;
- la programmazione, la governance e le politiche relative agli acquisti, alle risorse umane e tecnologiche nonché agli investimenti, alla formazione del personale del SSR, all'autorizzazione e all'accreditamento delle strutture sanitarie e socio-sanitarie;
- il sistema degli obiettivi e dei risultati delle Aziende ULSS e degli altri enti del SSR nonché la definizione e il monitoraggio dei costi standard;
- l'istituzione dell'Ufficio Relazioni con il Pubblico in materia sanitaria e socio-sanitaria;
- i sistemi e i flussi informativi, il sistema di auditing e il controllo interno;
- il coordinamento degli uffici legali delle Aziende ULSS;
- gli indirizzi in materia contabile delle Aziende ULSS e degli altri enti del SSR;
- ogni altra funzione attribuita dalle leggi regionali e dalla Giunta regionale.

Il Direttore Generale e il Collegio sindacale sono gli organi dell'Azienda Zero: il primo (art. 4) nominato dal Presidente della Giunta regionale, il secondo (art. 5) composto da tre membri, nominato dal Direttore Generale.

LE AZIENDE ULSS ED ENTI DEL SSR

Da 22 a 7 (Figura 1) a partire da gennaio 2016 (art. 16) secondo quanto contenuto nel progetto di legge:

- Azienda ULSS 1 "Dolomitica" con sede a Belluno;
- Azienda ULSS 2 "Marca Trevigiana" con sede a Treviso;
- Azienda ULSS 3 "Serenissima" con sede a Venezia;
- Azienda ULSS 4 "Polesana" con sede a Rovigo;
- Azienda ULSS 5 "Euganea" con sede a Padova;
- Azienda ULSS 6 "Berica" con sede a Vicenza;
- Azienda ULSS 7 "Scaligera" con sede a Verona.

L'Azienda Ospedaliera di Padova, l'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona e l'Istituto Oncologico Veneto non vengono modificati nella struttura e nell'organizzazione.
L'ambito territoriale di queste nuove aziende (art. 17) corrisponde al territorio provinciale. Con l'attribuzione delle attività di natura gestionale all'Azienda Zero (art. 2) vengono meno le corrispondenti competenze delle Aziende ULSS e degli altri enti del SSR.

ZAIA, I PERCHÉ DELLA PROPOSTA DI LEGGE

Fortemente voluta dal Presidente Luca Zaia, si legge nella relazione di presentazione del progetto di legge, e ritenuta uno dei punti cruciali e più ambiziosi del suo programma elettorale:

- ***perché*** mai come negli ultimi anni si è imposta la necessità di un ripensamento complessivo del sistema di management della sanità regionale in relazione alla crescente esigenza della piena sostenibilità del Sistema socio-sanitario. Questo, a fronte del contestuale aumento della domanda assistenziale, anche in conseguenza dell'incremento delle patologie croniche, dell'invecchiamento della popolazione e dell'innovazione tecnologica per garantire, attraverso l'ottimizzazione dell'utilizzo delle risorse impiegate, il mantenimento dell'alto livello qualitativo raggiunto dai servizi socio-sanitari erogati agli assistiti nel Veneto;
- ***perché*** l'equilibrio economico e finanziario della gestione socio-sanitaria regionale raggiunto e consolidato nella passata legislatura impone un ulteriore passo, ancora più coraggioso a fronte dell'attuale situazione di riduzione delle risorse da parte del Governo centrale;
- ***perché*** è ormai indispensabile portare a compimento la transazione iniziata verso un sistema assolutamente moderno, competitivo e al passo con le più avanzate realtà europee. Ciò attraverso una nuova organizzazione dell'intero Sistema sanitario che risponda sia a principi di efficienza mediante la riduzione di ogni duplicazione di costo, sia di governance, attraverso il contestuale rafforzamento delle attività di coordinamento, monitoraggio e vigilanza sulle Aziende ULSS;
- ***perché*** l'intento è quello di spendere meglio incrementando i servizi – non ridurli spendendo meno – per continuare ad assicurare agli assistiti nel Veneto una sanità di eccellenza, altamente qualificata e specializzata, che non costi ai contribuenti un euro in più del necessario;
- ***perché*** così si unificano e si centralizzano in capo a un solo soggetto, "l'Azienda Zero", le funzioni di programmazione, di attuazione sanitaria e socio-sanitaria, nonché di coordinamento e governance del SSR riconducendo ad esso le attività di gestione tecnico-amministrativa su scala regionale;
- ***perché*** questa nuova distribuzione oltre a rappresentare un'evidente garanzia di coordinamento e di efficienza, consente una indubbia razionalizzazione delle risorse assegnate e conseguentemente un significativo risparmio nelle spese collegate all'amministrazione del SSR;
- ***perché*** il coordinamento degli acquisti sanitari permetterà un forte contenimento dei tempi e dei costi collegati all'espletamento delle procedure di gara pubbliche per l'approvvigionamento di beni e servizi nelle Aziende ULSS ma parallelamente garantirà una maggiore efficacia e appropriatezza dei prodotti acquistati, frutto della comparazione tra le caratteristiche tecniche e i costi dei diversi beni impiegati per utilizzi analoghi in campo sanitario;
- ***perché*** l'omogeneizzazione delle procedure tra le Aziende del SSR i cui standard saranno definiti e monitorati dall'Azienda Zero, consentirà il raggiungimento di livelli di qualità, di risultato, di servizio e di efficienza secondo le migliori pratiche ed eccellenze già presenti in Veneto e che necessitano di diventare standard diffusi su tutto il territorio;
- ***perché*** la gestione sanitaria che si intende realizzare consentirà una maggiore trasparenza dell'azione amministrativa e permetterà un controllo più agevole sull'efficienza e sull'efficacia delle decisioni adottate.

IL PENSIERO DEGLI "ALTRI"

Il progetto di legge non è stato accolto con favore dagli stakeholder del SSR. Molte sono state le riflessioni sull'intero articolato e altrettante le opinioni sull'impianto e sulle finalità della riorganizzazione del sistema sanitario. A muoverle e alimentarle sono stati i molti dubbi e le altrettante perplessità sulla bontà e sulla sostenibilità della riforma del sistema sanitario veneto. Di fatto, i mesi successivi alla presentazione della proposta di legge da parte del Presidente Zaia, sono stati caratterizzati da una pressante mobilitazione delle forze politiche e sociali per emendarlo.

Le conferenze dei sindaci sentite durante le audizioni in V commissione consiliare hanno chiesto di riattribuire un ruolo ai comuni e alle Conferenze stesse che programmano, finanziano e gestiscono numerosi servizi socio-sanitari del territorio.
Ancora, hanno sollecitato il completamento della programmazione definita dal Piano Socio Sanitario che contempla il potenziamento dei servizi territoriali come ad esempio gli hospice, gli ospedali di comunità, le medicine integrate di gruppo e le unità riabilitative territoriali.
Insieme agli Ordini e alle Associazioni che si occupano del sociale hanno chiesto poi che vengano mantenuti ruolo e funzioni del direttore del Sociale, soppressi dal progetto di legge.

Ordini e Collegi si sono espressi sia sui contenuti del progetto, ritenuti impropri e incongruenti alle finalità del SSR, sia (attraverso pareri legislativi), sulla legittimità dell'Azienda Zero ritenuta una struttura di accentramento e di gestione di funzioni importante e non, invece, un'azienda di servizi a favore delle ULSS.
E' critica e univoca anche la posizione delle organizzazioni sindacali provinciali (CGL, CISL e UIL) espressa in un documento congiunto.
Partendo da una premessa centrata sulla difficoltà all'affermarsi dei principali strumenti di integrazione socio-sanitaria e di sviluppo delle attività territoriali, nonostante siano trascorsi tre anni dall'approvazione del nuovo Piano Socio Sanitario, richiamano l'attenzione su cinque punti ritenuti fondamentali.

Il primo riguarda la garanzia di applicazione piena del PSSR (Piano Socio-Sanitario Regionale) strutturato su un modello di integrazione per cui le funzioni e le competenze assegnate ai distretti socio-sanitari e ai

piani di zona devono essere applicate uniformemente su tutto il territorio regionale.
Il secondo punto attiene alla definizione di un sistema di governo della sanità e del sociale che sia equilibrato, considera il ruolo dei sindaci a livello territoriale e regionale, rinnova la funzione di programmazione delle istituzioni regionali e trasferisce alle ULSS la funzione di attuazione dell'integrazione socio-sanitaria in sistematica sinergia con le istituzione territoriale.

Il terzo punto si riferisce all'impiego dei descritti risparmi della riorganizzazione che devono irrinunciabilmente essere finalizzati al miglioramento del sistema socio-sanitario anche attraverso il coinvolgimento e la valorizzazione degli operatori: conditio sine qua non per offrire e garantire una risposta concreta sul piano dell'efficienza e dell'efficacia alla domanda di salute dei cittadini.

Il quarto punto si riferisce alla necessità di una migliore e più efficace lettura dei bisogni, all'attivazione della partecipazione dei cittadini, alla condivisione delle proposte di definizione di obiettivi e priorità, attraverso l'implementazione di un processo di concertazione con le organizzazioni sindacali.
Il quinto e ultimo punto si focalizza sulla opportunità del coinvolgimento pieno delle rappresentanze di tutti i lavoratori per la condivisione di obiettivi e strategie. In tal senso, il percorso di riorganizzazione deve prevedere la costituzione di un tavolo permanente di confronto con le organizzazioni sindacali di categoria che rappresentano il comparto e la dirigenza.

Forti le critiche al progetto anche da parte di tutte le forze politiche che non credono che l'Azienda Zero, nell'ottica dei continui tagli alla sanità, sia un modo per dare più efficienza al sistema. Sostanzialmente si oppongono alla proposta del Presidente Zaia sottolineando come la mole di emendamenti proposti nel mese e mezzo di audizioni in V Commissione oltre a stravolgere nella sostanza l'impianto della proposta, restano insufficienti e allo stesso tempo generano ulteriore confusione.

OGGI, IL PUNTO

L'interrogativo è inevitabile: il Progetto di legge 23 è da considerarsi definitivamente archiviato?
La discussione sui tavoli della politica e non ha portato a continui slittamenti dell'approvazione del progetto di legge, approvazione che avrebbe dovuto avvenire entro la fine del 2015 per dare il via alla riorganizzazione a partire dal 1 gennaio 2016.
Ad alimentare i dubbi dei più sul varo della riforma sono stati sia l'assenza del Pdl 23 tra gli argomenti in discussione nelle riunioni della V Commissione a dicembre, sia la nomina dei nuovi Direttori Generali entro il 31 dicembre 2015 di fatto avvenuta.
Il Presidente Zaia ha nominato 11 nuovi Manager di cui 9 di ULSS (2 in più del progetto di legge 23), nominandoli anche commissari delle ULSS limitrofe.
Le due province ad avere un Direttore in più sono Vicenza e Venezia e questo è di difficile lettura visto che la durata dell'incarico di Direttore Generale è triennale (prorogabile a 5 anni dopo verifica del primo triennio).

Qualcosa non ha funzionato a palazzo Balbi o questo è il frutto di una mediazione? La nomina di commissario ha la durata di un anno e quindi sarà forse questo il tempo necessario per vedere fiorire la nuova geometria della sanità veneta? Oppure assisteremo a mediazioni continue come quella di spostare l'Azienda Zero a Padova?
Di certo abbiamo che la riorganizzazione delle unità complesse (taglio dei primari) e l'accorpamento delle ALS (ULSS per il Veneto) sul modello dell'Area vasta è presente nella Legge di Stabilità 2016 (Gazzetta Ufficiale del 30 dicembre 2015) e che quindi il percorso sembra obbligato e certo: "*Ubi maior minor cessat*".

Non solo malasanità, alcune testimonianze

a cura della REDAZIONE

10 novembre 2010

È quasi mezzanotte,
…e come tutte le notti passate qui a vegliare sul mio piccolo Cesare, ho avuto il "privilegio" di trovare il tempo per pensare e riflettere sulle lunghe e interminabili giornate in ospedale.
Mentre guardi attento il tuo piccolo che ora dorme serenamente, hai tempo di "tirare le somme" su questa esperienza.
Che dire… quando metti piede in un ospedale sei preoccupato, spaventato, indifeso, in totale balia di chi si prenderà cura di te. Quando poi il paziente è tuo figlio, tutto si amplifica e devi sforzarti di tenere a bada le emozioni.
Credo che per potersi distinguere in una professione come questa, ci devono essere dei requisiti essenziali: l'intuizione, la velocità nell'intervenire, la bravura nel trovare le cause del male e la CURA.
Questo reparto si preoccupa non solo di curare il paziente, ma si preoccupa di PRENDERSI CURA DEL PAZIENTE, costantemente, con differenti modalità, ma con dedizione e sensibilità, con trasparenza e obiettività.
Venendo da un altro reparto ho potuto notare subito questo diverso trattamento sia nei confronti del mio piccolo, sia nei confronti di noi familiari.
Tutto lo staff si è preso cura di noi, andando oltre alle "sole" cure mediche, con tanti piccoli, grandi gesti: un sorriso, una "chiacchera", una parola di conforto, la pulizia, l'attenzione nel cibo, la totale disponibilità del personale a tutte le ore.
Credo che tutto lo staff di questo reparto si contraddistingua per questo: curare un paziente vuol dire anche prendersi cura di lui, in tutte le sue forme più nobili.
Grazie di cuore a tutti.
… E buonanotte

La mamma di Cesare ("il milanista")

3 aprile 2012

Un sorriso, una carezza, una cortesia, sono le cose più belle che un paziente può avere prima e dopo un intervento. Qui ho trovato sorrisi, carezze e cortesia quindi, un grandissimo GRAZIE.

Alessio

P.S. Ogni giornata è sempre meglio se si inizia con un sorriso e il vostro staff è il primo a farlo a tutti.

30 aprile 2014

Ah! Finalmente sono uscita da quel tunnel che mi teneva "prigioniera" da più di due anni, un tunnel dove ho ricevuto soltanto pugni in faccia.
Ringrazio tutto il personale per l'alta professionalità, per la pazienza, la bontà, l'umiltà e l'ascolto, caratteristiche peculiari che contraddistinguono questi "Grandi" che mi hanno fatto rinascere ad una nuova vita.
Con stima e affetto

Angela

16 ottobre 2015

Sono la moglie di Domenico, quando sono arrivata qui con mio marito mi sentivo persa, sperduta in un ambiente che non conoscevo, avevo paura.
Ma voi tutti, dai dottori agli infermieri mi avete consolata e aiutata anche nelle piccole difficoltà. Dirvi grazie è poco! Siete uno staff di persone eccezionali! Grazie di cuore.

Gabriella

P.S. Un grazie anche da parte di mio marito, anche se è un testone!

Nati due volte

a cura della REDAZIONE

Nati due volte, un romanzo in cui l'autore racconta e fa rivivere la sua esperienza personale, quella di padre che si trova a convivere con l'handicap del figlio Paolo colpito da tetraparesi spastica.
Un libro che è una "finestra aperta" sulle difficoltà e sui problemi vissuti da una famiglia che ha un figlio gravemente disabile.
La storia di un padre il prof. Frigerio (Giuseppe Pontiggia) e dell'amore per suo figlio, la testimonianza della sua determinazione e della sua instancabilità nel cercare di recuperare e rinforzare tutte le potenzialità di Paolo: un padre che non si vuole arrendere di fronte agli ostacoli spesso insormontabili del figlio, la storia di un amore incondizionato.
È il "racconto" della speranza di trovare sempre negli altri un supporto non solo morale per chi, come i familiari di Paolo, è emotivamente coinvolto e travolto da una condizione di disabilità ma anche un richiamo alla "disattenzione" che spesso si palesa nei confronti di chi è diversamente abile. Un atteggiamento quest'ultimo che aumenta nei familiari di Paolo la consapevolezza della sempre maggiore distanza tra i disabili e i normodotati.
L'autore fa però emergere con il racconto come questo atteggiamento di disattenzione/distanza si possa manifestare anche in coloro che, come i familiari, sono indirettamente colpiti dall'handicap e "sperano" di "vedere" in altri disabili una disabilità più grave di quella del proprio figlio come se questo potesse dare una sorta di conforto al proprio dramma.
Un libro che sottolinea, attraverso gli episodi narrati dall'autore, come la disabilità non sia un problema del singolo ma di tutta la società e come quest'ultima non sia ancora in grado di affrontarlo completamente.
Un libro impegnativo dai contenuti "forti" e ricco di emozioni: un'occasione per riflettere da non lasciarsi scappare, questo in sintesi è "Nati due volte".
Con questo libro Pontiggia ha vinto, nel 2001, il Premio Campiello, il Premio della Società dei Lettori e Pen Club.
A questo libro si è ispirato il regista Gianni Amelio per il film "Le chiavi di casa" candidato al premio Oscar 2004/2005 che in un'intervista si era dichiarato molto colpito da una storia così personale e vera, dall'amore di un padre per il figlio disabile, dalla caparbietà nella lotta per superare le evidenti quanto insormontabili difficoltà che ogni giorno pesano come macigni.

INFORMAZIONI

TITOLO:
Nati due volte

AUTORE:
Giuseppe Pontiggia, nato a Como nel 1934, morto a Milano nel 2003, scrittore, aforista e critico letterario

EDIZIONI: Mondadori, 2000
PAGINE: 232

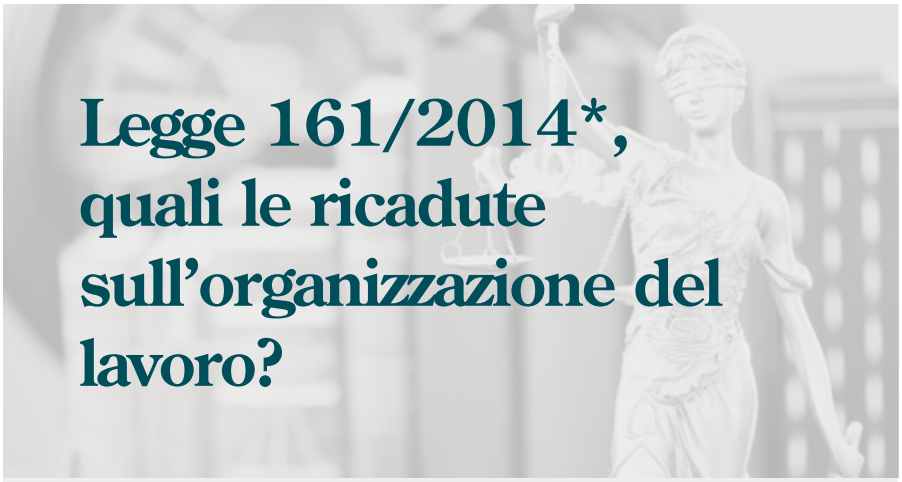
LETTERE AL DIRETTORE

di MARINA VANZETTA

Consigliere Collegio IPASVI

INFORMAZIONI

* Disposizioni per l'adempimento degli obblighi derivanti dall'appartenenza dell'Italia all'Unione europea.
Legge europea 2013 - bis (Gazzetta Ufficiale n. 261 del 1011/2014 - Supplemento ordinario n. 83



Legge 161/2014*, quali le ricadute sull'organizzazione del lavoro?

Sono un'infermiera che lavora in una terapia intensiva dell'Azienda Ospedaliero Universitaria Integrata di Verona.
Vi scrivo per avere maggiori delucidazioni in merito alle recenti ricadute sull'organizzazione degli orari di lavoro derivanti dall'applicazione delle legge 161/2014.
Per noi lavoratori turnisti risulta a volte difficoltoso riuscire a conciliare le istanze provenienti dai contesti lavorativi con la vita personale e extralavorativa. Come cambia l'organizzazione del lavoro e quali sono i nuovi dettati legislativi per gli infermieri?

Silvia

Gentile collega,

L'entrata in vigore della legge 161/2014 e della legge di stabilità 2016 pubblicata nella gazzetta ufficiale il 30 dicembre scorso stanno generando molto fermento nelle Direzioni Aziendali del SSN e molta preoccupazione per gli operatori sanitari, come dimostra la Sua precisa richiesta di chiarimenti.
L'organizzazione del lavoro del personale sanitario, e di conseguenza anche gli orari di lavoro del personale turnista sono soggetti ad una profonda rivisitazione.
Le ho citato anche la Legge di stabilità perché le due norme sono strettamente legate l'una all'altra.
L'applicazione della legge 161/2014 in tema di rispetto dell'orario massimo settimanale e di lavoro notturno ha evidenziato la carenza di organico di personale infermieristico e di assistenza nel SSN, pertanto la seguente legge di stabilità ne autorizza l'assunzione.
A dire il vero la Regione Veneto con una nota del 6 novembre 2015, prot. N. 452105, ha fornito chiarimenti in materia di orario giornaliero e di riposo del personale turnista e, con la conseguente Deliberazione n.1905 del 23 dicembre 2015 ha autorizzato l'assunzione di personale medico e infermieristico nel SSR specificando: "In considerazione delle difficoltà che le disposizioni in materia di orario di lavoro intro-

dotte dall'articolo 14 della L. 161/2014 determinano, soprattutto ai fini del rispetto della durata del riposo giornaliero, si autorizzano le Aziende a disporre assunzioni a tempo indeterminato fino 30 giugno 2016" e ancora: "L'adeguamento dei turni e dei piani di lavoro sia in funzione dell'applicazione delle schede di dotazione ospedaliera di cui alla DGRV n. 2122/2013, sia avvalendosi della possibilità di operare razionalizzazioni, anche consistenti nella riduzione della presenza del personale medico al mattino, ferma restando la garanzia dell'assistenza all'utenza".

Un'altra chiara indicazione data dalla Regione Veneto è "laddove l'azienda disponga di due o più presidi ospedalieri, la concentrazione di determinate attività presso un'unica sede".

Come vede collega ci aspetta cambiamento dell'organizzazione dei servizi, del lavoro e dell'articolazione dell'orario di lavoro molto significativo.

Di seguito le elenco le principali novità:

- massimo 48 ore di lavoro settimanali calcolate su una media di 4 mesi (rif. Art. 4 D.Lgs. n. 66/2003;
- massimo 12 ore e 50 minuti lavorativi nelle 24 ore (rif. Circolare Regione Veneto del 06/11/2015 prot. N. 452105);
- obbligo di riposo settimanale di 24 ore, da sommarsi sempre con le 11 ore di riposo obbligatorio per un totale complessivo e consecutivo di 35 ore (rif. Art. 9 D.Lgs. n.66/2003);
- pausa obbligatoria (rif. Art. 8 D.Lgs. n. 66/2003).

I primi sei mesi del 2016 saranno caratterizzati appunto dalla riorganizzazione dei servizi e degli orari del personale turnista. La velocità del cambiamento potrà essere diversa da azienda da azienda e non bisogna dimenticare che la finalità del legislatore è di mettere nelle condizioni migliori di sicurezza i professionisti della Sanità istituendo nelle aziende sanitarie anche le unità di valutazione del rischio clinico, assoluta novità presente nella legge di stabilità 2016.

Luca Molinari
Consigliere

www.ipasviverona.com

IPASVI VERONA

Segreteria Organizzativa
Collegio Provinciale IPASVI

Via Ca' di Cozzi, 14/A - 37124 VERONA
Telefono: 045.913938 - Fax: 045.914671
E-mail: info@ipasviverona.com