



PROSPETTIVE INFERMIERISTICHE

Infermieri Professionali · Assistenti Sanitari · Vigiliatrici d'Infanzia



DIMISSIONI DELL'ANZIANO FRAGILE, COORDINATORE DI PERCORSO



TRIAGE AVANZATO AGLI INFERMIERI

numero 1 gennaio - marzo 2016



EDITORIALE	
RASSEGNA STAMPA Bravi medici e infermieri Dipendenti controllati dai NAS nessun "furbetto" nei reparti Sanità, i sindacati: SOS infermieri ne mancano 384 Abbiamo perso i nostri figli ma trovato degli angeli L'Ulss unica avrà la regia amministrativa in questa sede Ulss22, sos personale «Così il Magalini non potrà aprire	2 2 3 4 5
ESPERIENZE DAL TERRITORIO Scheda infermieristica di continuità assistenziale (SICA), l'esperienza delle UU.OO. ospedaliere pontine nella dimissione dei pazienti fragili Servizio territoriale 118, inserimento del neoassunto: modalità e criticità Pianificare le dimissioni dell'anziano fragile, l'esperienza dell'Infermiere Coordinatore di Percorso	8 15 20
ISTITUZIONI E TERRITORIO Pronto Soccorso, triage avanzato agli infermieri	27
NOI E GLI ALTRI Quando si dice presa in carico	30
RECENSIONI Alzheimer, con parole e immagini Il libro I film	31 31 32
LETTERE AL DIRETTORE	33

Pubblicazione trimestrale. Questo numero è stato chiuso il 30 maggio 2016.

Direttore Responsabile: Marina Vanzetta

Comitato di redazione: 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

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

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]



SSN, le limitazioni del personale infermieristico e di supporto: alcune preliminari riflessioni sul fenomeno

1 23 maggio 2016 si è svolto presso l'Ospedale Dell'Angelo di Mestre un'interessante convegno promosso dalla Regione Veneto - con tema "Le inidoneità e le limitazioni lavorative del personale del SSN – Analisi del fenomeno e interventi organizzativi in Regione Veneto". Scopo del Convegno, quello di affrontare e discutere di un fenomeno che sta' creando non pochi problemi al sistema sanitario e che in prospettiva sembra sia destinato ad evolvere in senso peggiorativo. In primo luogo si sono evidenziati i dati del tema oggetto della giornata, prodotti da una ricerca della Bocconi in collaborazione con aziende diverse sanitarie, OOSS e la stessa nostra Federazione. In sintesi i dati sulle non idoneità o parziali idoneità dei lavoratori del SSN, che non erano prima ad ora conosciuti, che riguardano direttamente la nostra categoria professionale, possono essere sintetizzati nel seguente modo:

- 11,8% del personale del SSN ha limitazione nelle attività lavorative;
- Il 24% degli operatori di supporto ha una o più limitazioni;
- Il 15% del personale infermieristico ha una o più limitazioni;
- Il 49,5% delle limitazioni riguarda la movimentazione dei carichi;
- 12.5 delle limitazioni riguarda l'attività relativa ai turni notturni.

Questi dati ci devono far riflettere perché evidenziano, quantificandolo, un fenomeno che è destinato ad ampliarsi:

- per l'invecchiamento della popolazione infermieristica e degli operatori di supporto;
- per l'aumento del carico di lavoro, frutto delle mutate esigenze della popolazione, ma anche per una maggiore qualificazione, in senso di appropriatezza, sia dell'attività ospedaliera che territoriale.

Da quanto sintetizzato, non possiamo che ricavare una grande preoccupazione per la possibilità di garantire l'assistenza necessaria ai nostri concittadini, o nell'ipotesi migliore, di preservarne il livello qualitativo. In contributo che abbiamo portato al convegno - già ricordato - è stato articolato in una serie di proposte che cercherò di sintetizzare:

- 1) I sistema deve considerare e compensare la mancanza di personale, compresa la quota derivante dalle limitazioni attestate che impediscono un pieno utilizzo della risorsa professionale.
- 2) Nuove modalità di gestione delle risorse professionali nell'ottica di una maggiore flessibilità ma soprattutto di una loro valorizzazione.
- Il sistema non può permettersi di perdere la competenza che un infermiere ha maturato con formazione ed esperienza - perché ad un certo momento della sua vita professionale ha subito dei problemi di salute e per questo da esperto di assistenza - per quel particolare settore - si trova a dover fare dell'altro.
- L'organizzazione ha bisogno delle competenze di questi colleghi, che per problemi di salute, o semplicemente perché hanno raggiunto una certa età, devono trovare una collocazione con l'istituzione di nuovi ruoli. Mi riferisco ad attività giornaliere di tutoring per neo assunti, di ricerca nel campo assistenziale per quello specifico settore, o altro ancora, mettendo a frutto l'esperienza.
- La continuità assistenziale, che deve essere garantita, può trovare soluzioni con modalità innovative anche nella costruzioni dei turni e delle presenze.
- 3) La gestione delle risorse professionali "certificate con limitazione" e la prevenzione di queste situazioni implica un'integrazione dei sapere e delle prerogative professionali dei differenti attori: coordinatore, dirigente infermieristico, medico competente, servizio di prevenzione, ufficio del personale. Non è più accettabile che il compito della medicina del lavoro sia quello di certificare limitazioni e quello del coordinatore di gestire la prescrizione. L'interazione tra queste due funzioni deve esprimersi prima, durante e dopo l'attestazione di un problema di salute del dipendente.
- 4) È necessario uno sforzo economico con un processo di ammodernamento dei reparti e servizi. Ciò attraverso la piena disponibilità di quanto la tecnologia ci mette a disposizione per superare o limitare la causa delle limitazioni, e questo anche in una necessaria logica preventiva. Oltre a questo è doveroso una rivisitazione dei processi di lavoro con l'adeguamento ai moderni standard ergonomici e di igiene lavorativa.
- 5) La formazione all'uso delle moderne tecnologie e pratiche ergonomiche non deve essere liquidata con un corso estemporaneo fine a se stesso. Deve essere continuativa con verifica della sua efficacia e quindi misurazione degli esiti della stessa. Inoltre questa formazione deve essere inserita come parte integrante del piano di studi per il conseguimento della laurea in infermieristica o l'attestato di qualifica di oss.
- 6) Possibilità di identificare ed inserire nei reparti nuove figure come l' unit peer leaders. In altri paesi questa figura risulta essere un esperto che opera affinché vi sia un corretto uso della tecnologia a supporto degli operatori, oltre ad avere anche un ruolo attivo di ricerca di nuove possibilità che la ricerca e l'innovazione tecnologica mette a disposizione per quello specifico settore.

Il convegno è stato un importante primo passo di analisi di un fenomeno che se non gestito arrecherà gravi conseguenze al SSN, in particolare sul diritto di poter godere di un'assistenza infermieristica di qualità. Altre saranno sicuramente le occasioni per approfondire l'argomento anche con momenti di confronto sul problema tra i colleghi della nostra provincia.

Buona lettura.



di FRANCO VALLICELLA

Presidente Collegio IPASVI di Verona





L'ARENA - 03 febbraio 2016 - lettere

Bravi medici e infermieri

a cura della REDAZIONE

Vorremmo segnalare con gratitudine la gentilezza e professionalità del professor Massimo Albanese e l'efficenza del suo staff medico infermieristico e di tutto il personale della clinica maxillo-facciale di Borgo Roma, diretta dal professor Pierfrancesco Nocini per l'assistenza. Considerando che in questo periodo

si sentono tante lamentele sulla sanità pubblica, elogiamo l'enorme professionalità con cui siamo stati seguiti nel periodo della permanenza in ospedale di un nostro caro.

Famiglia Mantese CANNETO SULL'OGLIO (MANTOVA)

L'ARENA - 20 febbraio 2016 - dalla Provincia

Dipendenti controllati dai NAS nessun "furbetto" nei reparti

L'Ulss 21 di Legnago e i suoi dipendenti superano l'esame dei Nas, nucleo anti sofisticazioni, sulle presenze durante l'orario di lavoro. Si è infatti conclusa con esito favorevole l'ispezione condotta mercoledì mattina dai carabinieri del Nucleo antisofisticazione e sanità di Padova nelle strutture dell'Azienda sanitaria di via Gianella. I militari, nell'ambito di una serie di verifiche condotte anche in altre strutture

del Veneto, hanno infatti fatto tappa nella capitale della Bassa. I Nas hanno quindi verificato l'effettiva presenza in vari uffici e reparti del polo sanitario legnaghese dei dipendenti di turno.

Durante il controllo, che è durato un paio d'ore, i carabinieri hanno visitato sia l'area amministrativa che alcuni settori ospedalieri, come il laboratorio analisi, consultando i registri delle pre-



senze. Nelle operazioni di controllo i Nas sono stati assistiti da Gabriele Gatti e Mauro Bertassello, rispettivamente direttore amministrativo e sanitario dell'Azienda sanitaria della Bassa. La visita a sorpresa ha riguardato anche l'ospedale «San Biagio» di Bovolone, dove non sono state riscontrate anomalie.

«Siamo soddisfatti dell'esito di questa verifica», evidenzia Pietro Girardi, commissario dell'Ulss 21, «poiché i Nas hanno dimostrato regolarità dell'operato dell'Azienda sanitaria legnaghese e del suo personale». Anche i sindacati hanno espresso la loro soddisfazione per l'esito dei controlli.

«È giusto che attività di questo tipo vengano effettuate», rimarca Sante Olivato, delle Rappresentanze sindacali unitarie dell'Ulss 21, «poiché il personale della nostra azienda sanitaria non ha da temere alcun controllo. Riteniamo che un certo lassismo nei controlli non torni a vantaggio di nessuno». Poi aggiunge: «Allo stesso tempo, chiediamo che venga rivolta altrettanta attenzione

ai rapporti di lavoro dei 1.700 dipendenti che fanno dell'Ulss 21 la più importante realtà aziendale della Bassa.

Difatti, pressoché tutte le categorie interne di dipendenti, dai medici agli assistenti, attendono da sette anni il rinnovo del contratto. Inoltre le indennità notturne sono ferme dal 1995, penalizzando soprattutto gli infermieri e gli operatori socio sanitari».

F.T.

L'ARENA - 20 febbraio 2016 - la denuncia

Sanità, i sindacati: SOS infermieri ne mancano 384

Non è detto che un malato, in ospedale, possa sempre contare su una qualità dell'assistenza ineccepibile. Non è detto che il suo ricovero sia di quelli da manuale. Esperienze negative finite sul libro nero della sanità, ci sono. E ci sono perché - per garantire quella buona, di sanità - bisogna che le varie anime che la compongono siano messe nelle condizioni di funzionare al meglio: dai medici agli Oss, dagli infermieri alle ostetriche.

«E noi, messi bene, non lo siamo proprio per niente», denunciano i sindacalisti Uil delle professioni infermieristiche Daniela Prencipe e Luca Molinari insieme al segretario provinciale Stefano Gottardi, «perché oggi lavorare in corsia è diventato impossibile ed umanamente avvilente non solo per chi sta in prima linea ma soprattutto per i pazienti ai quali purtroppo non siamo più in grado di dare l'assistenza di cui hanno bisogno. E non dipende da noi, che questo mestiere l'abbiamo scelto per passione, ma da chi amministra le aziende sanitarie sempre e solo con la logica dei tagli fatti piovere dall'alto senza alcuna conoscenza del fabbisogno di personale dei reparti».

I numeri fotograno lo stato di tensione che si vive negli ospedali pubblici di tutta la provincia veronese: mancano all'appello 384 tra infermieri (194), operatori socio-sanitari (145) e ostetriche (45). «Mancano nel senso che per coprire turni, reperibilità, ferie, festivi, malattie», precisa Molinari, «le aree di degenza e le sale operatorie hanno bisogno di altre 384 unità: significa che il lavoro di questi virtuali 384 colleghi ricade su quelli in servizio costretti a sobbarcarsi carichi fuori norma, a perdere in media un riposo al mese, a

svolgere attività extra-mansionario, con conseguenze inevitabilmente negative dal punto di vista della qualità del servizio ai pazienti.

Siamo i primi a essere scontenti e a dire che così non possiamo nè vogliamo andare avanti: di mezzo c'è la nostra professione e c'è la salute della gente». Prencipe e Gottardi rincarano: «Il rispetto dell'orario, del lavoro notturno, del riposo giornaliero e settimanale, è imposto dal contratto ma a Verona, chi deve far fronte all'organizzazione dell'assistenza ospedaliera, fa finta di non vedere e di non sapere in che condizioni si trovano soprattutto certi reparti, che stanno in piedi solo grazie al senso del dovere degli infermieri che fanno molto più di quanto dovrebbero per coprire carenze e deficienze arrivate all'esasperazione». La soluzione? Tanto per cominciare, spiegano i rappresentanti Uil, mettersi in regola con quanto impone la legge europea 161 del 2013 in materia di orario di lavoro e la successiva delibera applicativa della Regione Veneto, la 610 del 2014, che «individua nel Tema (acronimo per Tempo Erogazione dei Minuti di Assistenza) i valori minimi di riferimento per il personale di assistenza ospedaliera da dedicare a persona; poi, sulla base di quello, laddove il numero degli operatori fosse inferiore allo standard fissato, procedere ad assunzioni mirate». Per facilitare questa operazione, era stata prevista anche l'attivazione di

«osservatori provinciali» in grado di visionare e quindi programmare il fabbisogno reale. «Ecco, tutte le aziende sanitarie della provincia di Verona», denuncia la Uil, «non hanno mai attivato questi tavoli nonostante la Regione Veneto già nell'ottobre scorso avesse dato chiare indicazioni in merito ai direttori generali; quindi, non hanno nemmeno disposto il piano di assunzioni al 30 giugno 2016 per rispettare gli obblighi di legge in materia di lavoro». La Uil alza il tono: «Mancano 4 mesi alla scadenza e nessuna azienda sanitaria ha presentato il piano straordina-

rio delle assunzioni, anzi da gennaio hanno tutte modificato d'ufficio i turni di lavoro e gli orari del personale senza alcun confronto con le organizzazioni sindacali: agli infermieri e agli Oss non viene sempre assicurata la giornata di riposo dopo la notte, è gravissimo». È l'inizio, garantiscono i portavoce degli infermieri, di una triste guerra giocata sulla pelle di chi sta male.

Camilla Ferro

L'ARENA - 08 marzo 2016 - dalla Provincia

Abbiamo perso i nostri figli ma trovato degli angeli

Carissimo direttore, siamo Angelina ed Elisa due «mamme di cielo» che si sono conosciute al reparto Ginecologia e Ostetricia dell'ospedale Fracastoro di San Bonifacio e che hanno vissuto la terribile esperienza della perdita prematura dei propri figli. Un evento a dir poco devastante, nella cui atrocità ha trovato germoglio la nostra amicizia.

Scriviamo perché vogliamo dar voce al sincero sentimento di gratitudine che nutriamo per tutto il personale di Ginecologia e Ostetricia di San Bonifacio, per noi una seconda famiglia: con adeguate ed amorevoli cure ha curato il nostro corpo ma soprattutto la nostra anima e ci ha accompagnato nel difficile percorso di elaborazione del lutto.

Elisa ha incontrato il personale del reparto il 24 agosto del 2012 quando, alla 40a settimana di gestazione, ha partorito un meraviglioso angelo di nome Federico. Sono subentrate subito serie complicazioni che hanno messo seriamente in pericolo la vita della neo-mamma e solo grazie al pronto intervento dell'equipe medica del reparto Elisa oggi può raccontare la sua storia.

Angelina ha conosciuto il medesimo staff nel 2011, alla nascita del primogenito Paolo, improvvisamente scomparso per Sids dopo soli 15 giorni di vita. Anche per lei sono subentrate complicazioni post partum a causa di un'infezione che l'ha costretta a sottoporsi ad una Rcu e nel 2014 ad un delicato intervento di metroplastica per ripristinare la possibilità di avere altri figli.

Finalmente nel novembre 2015 con immensa gioia è nato il suo secondogenito Francesco e anche questa volta la professionalità del reparto è stata messa a dura prova, causa improvvisa emorragia dovuta ad acretismo placen-

tare. Competenza e sensibilità del personale non sono venute meno: l'intervento si è risolto nel migliore dei modi.

Ci sembrava doveroso fornire la nostra testimonianza per smentire molte voci negative che denigrano il modo di operare ed offendono la professionalità del personale del reparto, ricordando a tutti che è più facile parlare di malasanità che di buona sanità.

Possiamo testimoniare che abbiamo riscontrato un grande miglioramento dell'unità operativa preposta alla diagnosi prenatale, testando in prima persona che dal 2011 ad oggi l'ospedale ha investito su personale molto preparato. Vorremo trovare un modo per sostenere concretamente lo sviluppo dell'unità operativa e far sì che il reparto sia dotato di strumenti e mezzi adeguati per consentire a medici, ostetriche, infermieri ed operatori sanitari tutti di svolgere al meglio le proprie attività.

Ci appelliamo a tutti i cittadini e alle aziende che potenzialmente possono contribuire a questo nostro ambizioso progetto per chiedere il loro aiuto a sostegno di un servizio che finalmente pone la persona ed il suo benessere come fulcro di ogni attività.

Grazie.

Elisa Vedovello Sbardellini, mamma di Federico Angelina Lonido Rossignoli, mamma di Paolo e di Francesco



L'ARENA - 17 aprile 2016

L'Ulss unica avrà la regia amministrativa in questa sede

La sede amministrativa della nuova Ulss scaligera sarà a Legnago. È quanto annunciato, a sorpresa, l'altro pomeriggio Luca Coletto, assessore regionale alla Sanità, al convegno di «Assoimprese» sulla riforma sanitaria regionale. Una «rivoluzione» che porterà all'accorpamento delle tre Aziende sanitarie, la 20 di Verona, la 21 di Legnago e la 22 di Bussolengo, in una unica, provinciale.

L'incontro al teatro Salus, ha avuto una forte connotazione «leghista», visto che lo stesso presidente veronese dell'associazione piccole e medie imprese è il segretario legnaghese del Carroccio, Luciano Giarola. Alla riunione erano presenti dirigenti, primari e dipendenti dell'Azienda sanitaria 21, oltre a sindaci del territorio, rappresentanti sindacali e titolari di ditte locali.

Coletto ha rassicurato tutti sul fatto che l'Ulss unica non penalizzerà la Bassa. In apertura di seduta, il sindaco di Legnago, Clara Scapin, che è anche presidente dell'esecutivo dei sindaci dell'Ulss 21, si è detta preoccupata della creazione di «un'azienda sanitaria unica, perché rischia di penalizzare fortemente la pianura veronese, in termini di qualità dei servizi».

Tra le tre Unità sanitarie locali destinate a sparire con la riforma, difatti, quella legnaghese ha la sede più distante da Verona: ben 45 chilometri. Proprio su questo punto, Coletto ha cercato di tranquillizzare gli animi, svelando quello che ha definito, però, «un progetto ancora in itinere». «L'obiettivo», ha detto l'assessore, «è di istituire la sede della nuova Ulss a Legnago, come segnale forte che questo territorio non sarà lasciato solo.

A Verona verrà comunque mantenuto l'apparato della direzione generale, così come la sede legale dell'Azienda unica». Del resto, lo stesso Coletto ha sottolineato come «le moderne tecnologie consentono a funzionari e dipendenti di interagire tra sedi decentrate». Poi, sul futuro assetto dell'Ulss veronese



ha aggiunto: «Il resto del territorio non rimarrà sguarnito, poiché in ciascun presidio provinciale prenderà posto un dirigente facente funzioni, che fungerà da direttore sanitario, amministrativo e del sociale».

Coletto, quindi, ha ribadito come «l'istituzione di una unica Ulss provinciale garantirà di poter razionalizzare le risorse, migliore l'organizzazione del personale, incrementare la qualità dei servizi e consentendo un impiego più puntuale dei finanziamenti sul territorio». La proposta di istituire nel capoluogo della Bassa la «cabina di regia» della nuova Azienda sanitaria provinciale, è stata accolta positivamente dal direttore generale dell'Ulss 20 di Verona Pietro Girardi che, da gennaio guida, come commissario, l'Ulss 21. «Sono assolutamente favorevole all'istituzione di una sede a Legnago», ha rimarcato Girardi, «anche perché io stesso, per raggiungere Verona, percorro la Transpolesana che tocca la città della Bassa». Il commissario dell'Azienda 21, oltre ad illustrare gli sforzi compiuti in questi primi tre mesi per far dialogare tra loro gli uffici delle tre Ulss, ha anche puntualizzato: «Gestire la nuova Azienda sanitaria unica sarà per me una sfida.

Già oggi sfruttiamo molto la tecnologia per mantenerci in contatto tra le tre sedi, facendo largo uso di strumenti tecnologici, come Watsapp, ma anche organizzando incontri in videoconferenza con i dipendenti». Nel corso del

convegno sono emerse anche quelle che sono le criticità legate alla fusione dell'Ulss legnaghese con le altre due veronesi. Roberto Mora, presidente scaligero dell'Ordine dei medici, chirurghi e odontoiatri ha puntualizzato: «Via via sono stati ridotti i posti letto negli ospedali ed ora le aziende.

Ciò che ci preoccupa, inoltre, sono progetti, come quello ventilato per il pronto soccorso, di affidare in gestione i codici bianchi, ovvero i casi meno gravi, agli infermieri. Là dove è stata fatta questa sperimentazione, come in Toscana, hanno dovuto fare marcia indietro».

Fabio Tomelleri

L'ARENA - 23 aprile 2016

Ulss 22, sos personale «Così il Magalini non potrà aprire»

«I sindaci dell'Ulss 22 indossino la fascia tricolore e vadano da Zaia a chiedere risorse. Dopo i risparmi conseguiti negli anni scorsi dall'azienda sanitaria di Bussolengo e serviti a ripianare il deficit di altre realtà, la Regione non può più trascurare questo territorio».

L'appello è dei sindacati Fp (funzione pubblica) Cgil e Cisl, che ieri mattina hanno denunciato le carenze di personale del comparto: infermieri professionali, generici, operatori addetti all'assistenza, coordinatori, ostetriche. «I numeri parlano chiaro», affermano. «Dal 31 dicembre 2011 a fine 2015 gli organici hanno perduto 75 profili sanitari, cui si sono aggiunti 15 operatori addetti all'assistenza (Oss) e si stima che nel 2016 altre 40 unità andranno in pensione».

A fronte del calo degli operatori, si registra l'ingresso a fine 2015 di sette nuovi primari e del direttore del personale, entrato in servizio a marzo. L'operazione compromette il turnover di infermieri e Oss, assorbendo più del 50 per cento della spesa destinata alle nuove assun-

zioni del 2016.

In compenso, non è mai proceduto a sostituire il responsabile del servizio infermieristico, ruolo che l'ex direttore generale, Alessandro Dall'Ora aveva avocato a sé.

«Se non si assume, non solo non sarà possibile aprire l'ospedale Magalini di Villafranca, ma dovremo decidere cosa chiudere da subito all' ospedale Orlandi di Bussolengo», fanno sapere.

«Ci appelliamo quindi all'assessore alla Sanità, Luca Coletto, ai consiglieri regionali e ai sindaci perché venga ripristinato un finanziamento utile ad assicurare il turnover del 2016 e a sostituire per lo meno una parte del personale andato in pensione nel 2015.

L'intervento è necessario per garantire i servizi e l'attività di reparto, previsti dalle schede ospedaliere».

Le due organizzazioni sventolano i dati della spesa sostenuta dalla 22 per il personale dal 2012 al 2015 e prevista per il 2016, in caduta libera con un taglio di circa 26 milioni in sei anni: erano 104 milioni nel 2012, 100 nel 2013, 92 nel 2014, 84 nel 2015, saranno 78 nel 2016.

«In tutto», spiega Franco Antolini, Fp Cisl, «la spesa sanitaria della Regione cala di 12,4 milioni, passando da due miliardi e 735 milioni a due miliardi e 722 milioni, a scapito però delle sole aziende veronesi.

L'Ulss 22 riceverà 6,3 milioni in meno; l'Azienda ospedaliera intergrata 7,7 milioni in meno». «Se consideriamo che in questi ultimi anni però l'Ulss 22 è stata la più virtuosa del Veneto, registrando economie di bilancio utilizzate temporaneamente per tamponare le difficoltà dell'Azienda ospedaliera, è una doppia penalizzazione», evidenzia Sonia Todesco, Fp Cgil.

«L'attivo di bilancio è il risultato di un taglio insensato operato sul personale», insistono i rappresentanti delle due sigle. «Non ci sono state assunzioni, l'età media del personale in servizio si alza, crescono le richieste di malattia. Il blocco dei part-time ha determinato il ritorno a tempo pieno di lavoratori con problemi fisici certificati, senza aumentare l'efficienza». Intanto si avvicina l'estate. «Così è difficile programmare le ferie e anche la normale attività nei reparti, in aperta violazione tra l'altro della legge 161/2014 che, recependo la norma-

tiva europea, fissa i criteri minimi per i riposi del personale impiegato in turni», riprende Antolini.

Mancando l'organico, i minuti di assistenza per paziente previsti dalla dgr veneta 610/2014 sono insufficienti nei reparti internistici (medicina, geriatria, pneumologia).

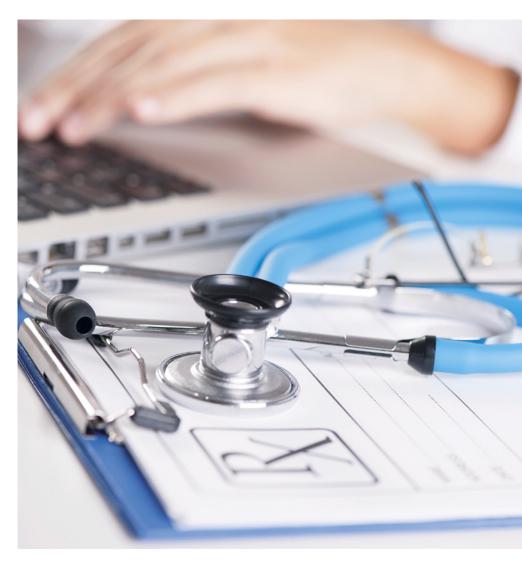
Ulteriori problemi riguardano le ostetriche: per tamponare i buchi in ospedale si è fatto ricorso all'utilizzo di chi prestava servizio sul territorio.

«In queste condizioni si procede, per forza maggiore, soltanto all'attuazione

di una parte del piano socio sanitario che prevedeva il ridimensionamento dei posti letto nelle strutture per acuti», osserva sarcastica Sonia Todesco.

«Restano al palo gli ospedali di comunità (per l'Ulss 22 sono previsti l'ampliamento di Valeggio e la riconversione di Isola, ndr), che richiederebbero comunque considerevoli investimenti in attrezzature e personale».

Valeria Zanetti





Scheda infermieristica di continuità assistenziale (SICA), l'esperienza delle UU.OO. ospedaliere pontine nella dimissione dei pazienti fragili

di ANTONIO CAPODILUPO e MARCO MERCURI

Docente di Psicologia del Lavoro e delle Organizzazioni, Facoltà di Farmacia e Medicina dell'Università "La Sapienza" di Roma, Corso di LM Scienze Infermieristiche e Ostetriche Latina

Infermiere, Dottore magistrale in Scienze Infermieristiche e Ostetriche Latina

Corrispondenza: a.capodilupo@teletu.it

BIBLIOGRAFIA

- (1) Coleman E, Boult C (2007). Improving the Quality of Transitional Care for Persons with Complex Care Needs. American geriatrics Society (AGS) Position Statement; pag. 30-2.
- (2) Coleman E, Parry C, Chalmers S, Min S. (2006). The Care Transitions Intervention. American Medical Association; 166: 1822-28.
- (3) Dichiarazione di Monaco, Infermieri e Ostetriche: Una forza per la salute. Seconda Conferenza Ministeriale OMS, 16 giugno 2000.
- (4) Duca P. Gli obiettivi e i risultati della ricerca. Roma 2008. Tratto da: Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali, finanziata dal Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali (ex art. 12 e 12 bis D.Lgs. 502/92 e s.m.i.). Sperimentazione di una serie di indicatori per la misura della continuità assistenziale. Roma 2008.
- (5) Dunn MJG, Gwinnutt Cl, GRay AJ. (2007). Critical care in the emergency department: patient transfer. *EMJ*; 24: 40-4.
- (6) Gemma A. et al., L'esperienza di percorso. Relazione al Seminario "Continuità assistenziale nell'ASL RM/E", Roma 30 marzo 2011.

Dimissioni difficili? Si, in tutte le situazioni che richiedono risorse umane, economiche e organizzative al di sopra delle potenzialità del paziente e/o dei suoi familiari ed implicano un coinvolgimento particolare dei servizi territoriali: medici di famiglia, servizi infermieristici, servizi assistenziali, lungodegenze extraospedaliere, residenze sanitarie assistenziali, case protette, case di riposo (Meschi et al 2004).

I PAZIENTI FRAGILI

Sono persone con ridotte capacità fisico-relazionali, che necessitano di un monitoraggio dei bisogni multipli e di una individuazione e integrazione dei servizi. La connotazione di "fragilità" è stata applicata tout court, per la prima volta negli anni '70, alle persone anziane (Massini, 2009) e si stima che il 10% della popolazione di età superiore ai 65 anni possa essere considerata "fragile" (ISTAT, 2012).

Un periodo di ricovero ospedaliero, per quanto breve, costituisce per chiunque uno iato nella vita quotidiana, personale, sociale e lavorativa; per gli anziani, esso può essere aggravato dall'emergere di condizioni di comorbilità e di situazioni socio-familiari, sino ad allora latenti. Per tutti, esaurito il momento acuto, si parla di fase di convalescenza e di ripresa normale; per molti anziani, alla dimissione ospedaliera, si pone il problema di una nuova collocazione e sistemazione.

In un monitoraggio condotto per 8 mesi, da gennaio ad agosto 2010, dal S.I.T.R.A. - Servizio Infermieristico, Tecnico e Riabilitativo Aziendale del Policlinico "A. Gemelli" di Roma, sono stati valutati più di 700 pazienti, di cui il 28% over 75: sono stati intercettati, fra i "potenziali fragili", più del 65%; di questi il 20% è stato dimesso a domicilio, il 40% in riabilitazione e il restante 40% in altri setting assistenziali (Zega, 2011).

INDIVIDUARE LE DIMISSIONI DIFFICILI

L'ospedale non sempre dimostra una mentalità attenta e un atteggiamento adatto ad affrontare il problema delle dimissioni difficili, abituato ad essere luogo elettivo di cura, talora staccato dai servizi territoriali, concepito come luogo in cui trascorrere un periodo di diagnosi e terapia avulso dall'ambiente familiare e sociale, quasi una sorta di sequestro obbligato in attesa della riconsegna dopo la guarigione.

Per la sua prassi di lavoro specialistico e parcellare, esso non ha facilità a intessere un'organizzazione, basata sul concetto di rete dei servizi e sulla multidisciplinarietà, e una progettazione assistenziale articolata, gestendo tempi e spazi consoni ai pazienti acuti e perseguendo obiettivi economico-strategici tali da ridurre o evitare il consumo di giornate non remunerate, cosiddette "oltre soglia".

Succede, allora, che il paziente venga a trovarsi in una fase di dimissibilità clinica, poiché il suo stato di malattia non è più tale da rendere necessario il proseguimento del ricovero in ambiente ospedaliero, ma la dimissione non può essere tempestivamente realizzata per ostacoli di natura non clinica:

- la mancanza di familiari idonei ad accudire una persona non autosufficiente;
- le resistenze dei familiari a riprendere a casa il congiunto per motivi di carattere organizzativo, economico o altro;
- la necessità di affiancare alla famiglia

idonei servizi infermieristici e/o sociali;

- la necessità di fornire e gestire particolari presidi a domicilio (letti antidecubito, pompe per nutrizione artificiale, sollevatori, respiratori, ecc.);
- la necessità di procedere a revisioni strutturali del domicilio (bagno assistito, montacarichi, ascensore, ecc.) o la necessità di trovare un nuovo domicilio caratterizzato da accessibilità e vivibilità adeguate ad una persona non più autonoma;
- la possibilità di garantire almeno un accesso al giorno del medico di famiglia quando ritenuto indispensabile;
- la necessità di reperire un'idonea sistemazione extrafamiliare, temporanea o definitiva, quando è ragionevolmente impossibile il ritorno al proprio domicilio (lungodegenza extraospedaliera, residenza sanitaria assistenziale, casa protetta, casa di riposo);
- altre situazioni problematiche di natura non clinica (stato di abbandono, povertà, extracomunitari sprovvisti di permesso di soggiorno, ecc.) (Meschi et al., 2004).

Nasce il problema di sistematizzare le informazioni, tali da permettere sia l'individuazione precoce dei pazienti potenzialmente difficili da dimettere, sia l'approntamento di misure, educative e organizzative, in risposta ai bisogni rilevati. Tiziana Meschi - già citata – ha elaborato, per l'Azienda Ospedaliera universitaria di Parma, una scheda a doppia valenza, medica e sociale, con la quale, in un anno di somministrazione, dal luglio 2011 al giugno 2002, ha individuato 591 dimissioni difficili, provenienti prevalentemente dalle Divisioni di Medicina Interna e Geriatria (inclusa lungodegenza), rispetto alle quali ha riscontrato un tasso di mortalità intraospedaliera pre-dimissione dell'11,7% (vs 3,3 in altre dimissioni), un tasso di ricovero ripetuto in ospedale entro 1 anno del 54,9% e un tempo medio di attesa per presa in carico di 10 giorni. In regione Lazio la Direttiva n. 6 del 28/12/2010 dell'Agenzia di Sanità Pubblica ha consegnato al personale infermieristico di ciascuna delle UU.OO. di degenza la raccolta delle informazioni sullo stato del paziente fragile (in particolare anziano) alla dimissione, allo scopo di valutare il fabbisogno di assistenza al momento della dimissione e per programmare il percorso in continuità assistenziale.

A tal proposito, è stata avviata, nel primo semestre 2010, una sperimentazione in alcuni reparti di degenza, nei quali è stata introdotta la Scheda Infermieristica sulla Continuità Assistenziale (SICA), integrata, dal gennaio 2011, al Rapporto di Ammissione e Dimissione (RAD) ospedaliera, presso tutti gli erogatori pubblici e privati, accreditati e non, che sono autorizzati a effettuare ricoveri per acuti.

La sperimentazione ha interessato gli ospedali: Policlinico Gemelli, San Camillo-Forlanini, IRCCS-INMI "Spallanzani" in Roma; San Camillo De Lellis di Rieti e G.B. Grassi di Ostia.

LA SICA VISTA DA VICINO

La SICA rappresenta il supporto informatico per la rilevazione dei dati sul livello di autonomia psico-fisica e sulla rete familiare e sociale dell'anziano e del paziente fragile in generale, dimesso da una struttura per acuti.

La scheda deve essere compilata per ciascuna dimissione da regime ordinario di un paziente con più di 74 anni di età, al momento del ricovero, che venga dimesso da una delle seguenti specialità di degenza: Medicina generale, Geriatria, Cardiologia, Oncologia, Chirurgia generale, Pneumologia, Neurologia, Malattie infettive (art. 3).

BIBLIOGRAFIA

- (7) Haggerty et al. (2003). Continuity of care: a multidisciplinary review. *BMJ*, 327: 1219-1221.
- (8) ISTAT (2012), L'Italia in cifre, Roma, p. 35.
- (9) Maistrello M, Mazzali C. La rassegna bibliografica. Roma, 2008. Tratto da: Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali, finanziata dal Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali (ex artt. 12 e 12 bis D.lgs. 502/92 e s.m.i.). Sperimentazione di una serie di indicatori per la misura della continuità assistenziale. Roma 2008.
- www.agenas.it/agenas_pdf/ Sperimentazione serie di indicatori.pdf
- (10) Massini R., Izzi D., Machetti P., Passeretti F., Recine U. (2009). *Medicina Interna*, Milano: Mc Graw Hill, p.778.
- (11) Meschi et al. (2004). Analisi del problema "dimissioni difficili" nell'Azienda Ospedaliera-Universitaria di Parma. Ann. Ital. Med. Int. Vol 19, n. 2.
- (12) Ong MS, Biomede M, Coiera E, M.B, B.S, F.A.C.M.I, Ph. D. (2011). A Systematic Review of Failures in Handoff Communication During Intrahospital Transfers. The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety; 37(6): 274-84.
- (13) WHO (1998). "Therapeutic patient education: continuing education programmes for health care providers in the field of prevention of chronic diseases: report of a WHO working group".
- (14) Zega M., RAD SICA Scheda infermieristica per la continuità assistenziale. Relazione al Seminario "Continuità assistenziale nell'ASL RM/E", Roma 30 marzo 2011.

Nella prima parte, la SICA è composta da un campo anagrafico, dalla diagnosi medica principale e dalla provenienza del paziente che il sistema recupera dai dati SIO; la seconda parte include la diagnosi infermieristica principale, ricavata dal sistema del Nord America Nursing Association (NANDA), sì da identificare e classificare uniformemente i fenomeni specifici del quotidiano infermieristico, facilitando un linguaggio analitico e sistematico condiviso.

Seguono i "criteri di dimissione", secondo il modello teorico di Lynda Juall Carpenito, "per la rilevazione di quei bisogni del paziente e/o dei suoi familiari alla dimissione, che attraverso i comportamenti definiti hanno lo scopo di mantenere o raggiungere il miglioramento o il mantenimento del livello di funzionalità dopo la dimissione.

I contenuti delle domande consentono di individuare e formulare il percorso assistenziale e pianificare le modalità le modalità di dimissione, prevedendo l'eventuale coinvolgimento di altri operatori" (art. 4). La scheda è parte integrante della compilazione sanitaria ospedaliera e deve essere redatta, all'ingresso dell'unità operativa di degenza ed alla dimissione dalla stessa, dal personale infermieristico, mentre la diagnosi medica principale va registrata in cartella clinica dal medico.

LA SICA NEI REPARTI OSPEDALIERI PONTINI

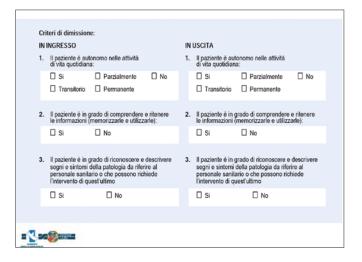
Obiettivo dello studio è stato riprendere la sperimentazione avviata dalla Direttiva dell'ASP Lazio, non più estesa a tutti i presidi per acuti, come era nelle previsioni, e di riflettere sui risultati da essa emergenti.

Il campione e i metodi

La SICA è stata somministrata a 87 pazienti ricoverati, nel periodo da mag-



IN	INGRESSO		IN	USCITA			
4.	 Il paziente è in grado di gestire le prescrizioni cliniche (terapia – dieta - medicazioni) 			 Il paziente è in grado di gestire le prescrizioni cliniche (terapia – dieta - medicazioni) 			
	☐ \$i	□ No		□ Si	□ No		
5.	Contatto Sociale:		5.	Contatto Sociale:			
	☐ Valido	☐ Limitato alla Famiglia		□ Valido	☐ Limitato alla Famiglia		
	☐ Isolato			☐ Isolato			
6.	Alla dimissione il pa	ziente andrà:	6.	6. Alla dimissione il paziente andrà:			
	☐ Domicilio	UODI (Degenza PTP)		☐ Domicilio	UODI (Degenza PTP)		
	Riabilitazione	□ RSA		Riabilitazione	☐ RSA		
	Lungodegenza	☐ Hospice		Lungodegenza	☐ Hospice		
	☐ Altro:			☐ Altro:			



7.	Se andrà <u>a domicilio</u> sarà assistito principalmente da:	 Se andr\u00e0 a domicilio sar\u00e1 assistito principalmente da:
	☐ Conluge ☐ Figli	☐ Coniuge ☐ Figli
	☐ Figli non conviventi ☐ Altro familiare	☐ Figli non conviventi ☐ Altro familiare
	☐ Badante ☐ Nessuno	☐ Badante ☐ Nessuno
8.	Forme di assistenza previste:	Forme di assistenza previste:
	☐ Ambulatorio infermieristico ☐ ADI	☐ Ambulatorio infermieristico ☐ ADI
	☐ Riabilitazione ☐ MMG ☐ Day servic	e Riabilitazione MMG Day service
	☐ Assistenza domiciliare di tipo sociale	☐ Assistenza domiciliare di tipo sociale
9.	Il paziente necessita di VMD di II* livello:	9. Il paziente necessita di VMD di II° livello:
	□ Si □ No	□ Si □ No
	Se <u>Si</u> :	Se <u>S</u> i:
	☐ Urgente ☐ Differibile	☐ Urgente ☐ Differibile
Fin	ma del compilatore	Firma del compilatore
110	Coordinatore Infermieristico	Data _

gio a luglio 2014, presso le U.O.C. Medicina Interna 1 (n. 72) e Malattie Infettive (n. 15) dell'ospedale "S.Maria Goretti" di Latina, sia all'ingresso in reparto che all'atto della dimissione. La scheda è stata somministrata previo consenso informato verbale da parte del paziente e del familiare. La sua compilazione ha richiesto un tempo
variabile dai 5 ai 15 minuti. Il criterio
di inclusione nel campione era una età
minima di 74 anni, senza ulteriori crite-
ri di esclusione.
Licultati a la considerazioni

I risultati e le considerazioni

L'età medi dei pazienti arruolati è stato di 81 anni; 33 maschi e 54 femmine. La degenza media ha registrato una durata di 8,5 giorni.Le diagnosi principali di ricovero più frequenti hanno riguardato il seguente numero di casi: bpco (10), insufficienza cardiaca congenita (10), versamento pleurico (8), polmonite (6), edema polmonare acuto (4), astenia (4), sincope o pre-sincope (4), ipertensione essenziale (4). Il campione esaminato ha presentato i seguenti dati all'ingresso e alla dimissione:

Limitando l'attenzione alle condizioni di autonomia alla dimissione, per quanto non dissimili da quelle d'ingresso, il 19,54% dei pazienti è completamente non autonomo e il 42,52% solo parzialmente autonomo. Ora, se questi pazienti non dispongono di un sostegno alla persona, una volta usciti dall'ospedale, per un terzo dimostrano di non comprendere le informazioni sanitarie fornite e per oltre la metà non sono in grado di gestire adeguatamente la terapia.

Fortunatamente, la quasi totalità gode di buon contatto sociale, costituito sia dai familiari che da altri attori (parenti e amici), i quali si pongono come agenzie di aiuto capaci di sopperire alla palese non autosufficienza.

1) Grado di autonomia del paziente	INGRESSO	DIMISSIONE
SI	39.08%	37.93%
NO NO	18.39%	19.54%
PARZIALE	42.52%	42.52%
2) Grado di comprensione informazioni	42.5270	42.3270
SI	66.66%	67.81%
NO.	33.33%	32.18%
3) Grado di comprensione della malattia	00.0070	02.1070
SI	70.11%	71.26%
NO NO	29.88%	28.73%
4) Grado di gestione della terapia	27.0070	20.7 070
SI	51.72%	47.12%
NO NO	48.27%	52.87%
5) Contatto sociale	40.27 76	32.07 /6
VALIDO	39.08%	40.22%
LIMITATO ALLA FAMIGLIA	57.47%	56.32%
ISOLATO	2.25%	2.24%
6) Destinazione dimissione	2.25/6	2.24/0
DOMICILIO	85.05%	79.31%
UODI	0%	0%
RIABILITAZIONE	1.14%	2.29%
RSA	1.14%	1.14%
LUNGODEGENZA	0%	0%
HOSPICE	6.88%	6.89%
ALTRO	5.74%	10.34%
7) Figura assistenza al domicilio	3.7470	10.5476
CONIUGE	28.73%	28.73%
FIGLI	50.52%	55.17%
FIGLI NON CONVIVENTI	24.93%	22.98%
ALTRO FAMILIARE	17.24%	17.24%
BADANTE	5.74%	5.74%
NESSUNO	3.44%	3.44%
8) Forme di assistenza previste	0.4470	0.1170
AMBULATORIO INFERMIERISTICO	0%	0%
ADI	2.29%	2.29%
RIABILITAZIONE	0%	2.29%
MMG	96.54%	94.25%
ASS. DOMICILIARE SOCIALE	1.14%	1.14%
9) VMD II livello		
SI	28.73%	33.33%
NO NO	71.26%	65.51%
SE SI		
URGENTE	44%	40%
DIFFERIBILE	56%	60%
	1 3370	1 0070



Il contributo assistenziale maggiore (78,15%), vista l'età avanzata dei pazienti, è prestato dai figli, sia conviventi che non conviventi, coadiuvati dal coniuge tuttora presente (28,73%) e da altri familiari (17,24%): la famiglia, dunque, si conferma, nel campione in esame, come nucleo solidale nell'offerta di cure. La gran parte dei pazienti proviene dal domicilio e vi fa ritorno alla dimissione; ma circa il 6% di essi accede a strutture di riabilitazione o ad altre sedi non specificate (verosimilmente case alloggio socio-assistenziali).

Il medico di Medicina Generale costituisce il riferimento quasi esclusivo dell'assistenza extraospedaliera, pur rilevando che per 1/3 dei pazienti vige l'indicazione di una Valutazione Multidimensionale di Il livello, ritenuta anche urgente per il 40% dei casi.

In sintesi, ai fini di un progetto assistenziale di continuità, possono essere indi-

viduati alcuni:

- fattori di criticità rilevanti:
 nella perdita o riduzione di
 autonomia dei pazienti esaminati,
 i quali necessitano anche di
 sostegno nella comprensione del
 loro stato di salute e gestione
 della terapia, verosimilmente
 per scarsa scolarità o per
 disagiate condizioni economiche;
 nella necessità di avere,
 già in ospedale, la disponibilità
 di una équipe di valutazione
 multidimensionale, in grado di
 approfondire i bisogni recati dai
 pazienti ricoverati;
- fattori di protezione, costituiti prevalentemente dal cordone protettivo familiare, presente in una provincia nella quale insistono molti Comuni di piccole e medie dimensioni, inverando le parole della riconosciuta fondatrice del moderno Nursina,

Florence Nightengale (1889): "secondo me la missione delle cure infermieristiche è quella di curare il malato a casa sua!".

IL DIRIGENTE INFERMIERISTICO NEL-LA CONTINUITÀ ASSISTENZIALE

La continuità è definita da Haggerty et al. (2003) come il grado con cui una serie "discreta" di eventi è vissuta come coerente, connessa e consistente con le necessità di cura dei pazienti e del contesto personale.

Essa è declinata in termini di:

- "Informational Continuity": utilizzo di informazioni relative al passato della storia clinica di un paziente e di fatti a lui accaduti per prendere nel presente decisioni più appropriate circa il suo percorso di cura;
- "Management Continuity": approccio responsabile alla gestione dei bisogni di salute potenzialmente in costante cambiamento di un paziente;

• "Relational Continuity": relazione personale iterativa tra un paziente e uno o più professionisti/(organizzazione).

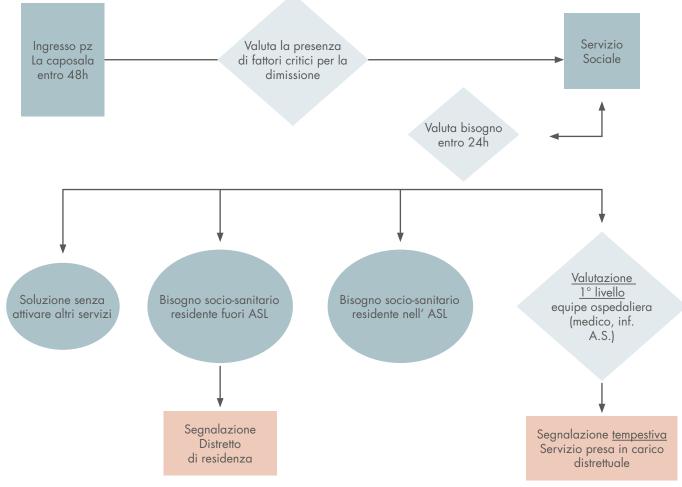
I tre aspetti si intersecano: se le informazioni non camminano entro un sistema, può generarsi un ritardo dei trattamenti e delle cure, che potenzialmente può compromettere la sicurezza dell'assistito (Ong et al., 2011; Dunn et al., 2007; Coleman et al., 2006; 2007); ma, presupposto della continuità informativa è l'identificazione della rete assistenziale teorica, all'interno della quale si individuano i nodi (i soggetti: i pazienti, gli ospedali, i medici) e le connessioni (le relazioni osservabili e

documentate che si stabiliscono tra i soggetti); in un sistema a rete, la continuità si riferisce alla forza con cui si instaura la relazione tra un provider (in inglese fornitore o colui che provvede o, nel caso, che fornisce assistenza sanitaria) ed il paziente (Maistrello et al., 2008): è dunque, relativa al rapporto fiduciale, da cui dipende l'integrazione tra operatori/servizi, la compliance del paziente e dei caregiver (Duca 2008).

L'Infermiere Dirigente assicura la continuità assistenziale:

A. sul versante organizzativo, identificando o costruendo la rete di servizi interconnessi per l'assistenza al cittadino,

nella consapevolezza che l'unità di osservazione è l'individuo, attorno al quale e per il quale il percorso di continuità è costruito, che la continuità non è un attributo scontato dell'organizzazione in generale e di quella sanitaria specifica, bensì promana da una esperienza di integrazione e di coordinamento, che i confini dell'intervento non si fermano all'ambito sanitario ma coinvolgono anche l'area sociale. È didascalico, in proposito, il diagramma di flusso per la gestione dei pazienti difficili, tracciato da Gemma et al. (2011), con le possibili uscite dopo la valutazione multidisciplinare distrettuale.



B. sul versante assistenziale, componendo il profilo dei bisogni del paziente, desunto dalla SICA, intervenendo presso utenti e familiari con offerte di educazione terapeutica e attivando le risorse e i servizi territoriali, sanitari e sociali, per il miglioramento complessivo degli outcome anche in situazioni di particolare fragilità.

Rispetto alla tematica esaminata, sul versante organizzativo, l'esperienza dell'ASL Latina vanta un percorso di continuità per l'ADI, nel quale confluiscono alcuni percorsi assistenziali (frattura del collo del femore in soggetti >65aa ed esiti post-ictus). Non è completa la rete, informativo/ica e procedurale, con le restanti stazioni di assistenza post-dimissione né è attivo un sistema organico di individuazione delle dimissioni difficili. Sul versante assistenziale, l'indagine effettuata mette in

evidenza la necessità di impostare, già durante il ricovero, programmi di educazione terapeutica (obiettivo WHO, 1998) volti a generare *empowerment* nei soggetti assistiti e nei familiari, da proseguire, con continuità nelle sedi di accoglienza post-ricovero.

QUALCHE RIFLESSIONE CONCLUSIVA

Il dirigente infermieristico del prossimo ventennio dovrà proiettarsi al di fuori del "recinto" ospedaliero e impegnarsi in modo consistente nella continuità assistenziale per promuovere le reti nell'organizzazione e per aiutare gli individui e le famiglie a gestire la non autosufficienza e le malattie croniche (caremanager). Per questo, ha bisogno di competenze organizzative e gestionali, è esperto, all'interno delle aziende ospedaliere e sanitarie, pubbliche e private, nella gestione delle conoscenze e quindi un knowledge manager.

La dichiarazione di Monaco dell'OMS (2000) invoca l'aderenza a questo ruolo: "crediamo che gli infermieri e le ostetriche giochino ruoli chiave sempre più importanti negli sforzi che la società compie per fronteggiare le sfide poste alla salute pubblica dei nostri tempi, come pure nel garantire l'erogazione di servizi sanitari di elevata qualità, accessibili, equi, efficienti e sensibili che garantiscano la continuità assistenziale e rispondano ai diritti e ai bisogni in mutamento della popolazione".

La scheda SICA guida il compito, mettendo in evidenza, già all'ingresso in reparto, i pazienti che con alta probabilità necessiteranno di una valutazione multidimensionale (VMD), dando la possibilità al Dirigente Infermieristico di poter attivare precocemente un percorso assistenziale di Il livello.



Servizio territoriale 118, inserimento del neoassunto: modalità e criticità

Preparazione specifica, esperienza, professionalità, elasticità mentale: queste le qualità e le competenze attese nell'infermiere di area critica. Si acquisiscono sul campo e con il tempo ma non possono prescindere da una formazione pianificata e personalizzata del neoassunto e dall'affiancamento di un operatore preparato.

UNA PREMESSA

Nella gestione del servizio "118", istituito come numero telefonico unico nazionale con DPR del 27/03/1992 – "Atto di indirizzo e coordinamento alle Regioni per la determinazione dei livelli di assistenza sanitaria di emergenza", il ruolo dell'infermiere nell'emergenza, riveste peculiare visibilità e operatività anche con l'ampliamento dei suoi compiti, determinato dall'art. 10.

Lo stesso infatti recita: "Il personale infermieristico professionale, nello svolgimento del servizio di emergenza, può essere autorizzato a praticare iniezioni per via endovenosa e fleboclisi, nonché a svolgere le altre attività e manovre atte a salvaguardare le funzioni vitali, previste dai protocolli decisi dal medico responsabile del servizio".

La natura, l'evoluzione e la complessità delle prestazioni impongono all'infermiere di arricchire la propria formazione con percorsi post-base. Il DM n. 739/94 elenca cinque aree di specializzazione, nelle quali acquisire "delle conoscenze cliniche avanzate e delle capacità, che gli permettano di fornire prestazioni infermieristiche competenti"; tra di esse, figura l'area critica (art. 1, p. 4).

Un approccio più evoluto dell'infermiere nell'emergenza è richiesto anche perché le strategie assistenziali con il paziente critico hanno ormai superato la logica dello scoop and run (cioè prendere il paziente sul territorio e portalo subito in ospedale) e si sono stabilmente orientate al modello dello stay and play (cioè soffermarsi in sede per stabilizzarlo), con l'intento di diminuire la mortalità e gli esiti invalidanti nella prima ora (golden hour) dopo l'evento (Spaite, 1991; Petri, 1995; Gausche, 2000; Davis, 2005; Newgard, 2010; Bernard, 2010), attraverso la riduzione dell'intervallo di tempo (therapy free interval) in cui la vittima rimane senza terapia (Henderson, 2000; Steele, 2006).

Le qualità e le competenze attese nell'infermiere di area critica sono:

- la preparazione specifica, comprendente il BLS (Basic Life Support) e il PBLS (Pediatric Basic Life Support), quali tecniche di sostegno delle funzioni vitali di base, mediante rianimazione, rispettivamente nelle persone adulte e nei bambini da 0 a 8 anni; l'ACLS (Advanced Cardiac Life Support), come tecnica di assistenza avanzata al paziente in arresto cardiaco, e il PHTLS (PreHospital Trauma Life Support), per la gestione, immobilizzazione e assistenza del paziente traumatizzato, nonché conoscenze approfondite sulla metodica del triage extra e intraospedaliero;
- l'esperienza, intesa come acquisizione diretta, teorico/pratica, di nozioni che permettono all'infermiere dell'emergenza la veloce valutazione dello stato di gravità del paziente e l'assistenza mirata al problema;
- la professionalità, non dichiarata dal solo titolo di studio, ma come caratteristica personale, portatrice di valori e principi, nella relazione d'aiuto, anche

di di VALENTINA ARIGÒ e ANTONIO CAPODILUPO

Infermiera, Dottore magistrale in Scienze Infermieristiche e Ostetriche, Latina

Docente di Psicologia del Lavoro e delle Organizzazioni, Facoltà di Farmacia e Medicina dell'Università "La Sapienza" di Roma, Corso di LM Scienze Infermieristiche e Ostetriche Latina

Corrispondenza: capodilupo@teletu.it

BIBLIOGRAFIA

- (1) Armstrong SJ, Hayes J. (2006). Formal mentoring system: an examination of the effects of mentor/protégé cognitive styles on the mentoring process. Journal of Management Studies; 39(8): 1111-136.
- (2) Bernard, S. A., Nguyen, V., Cameron, P., Masci, K., Fitzegarald, M., Cooper, D. J., Walker, T., et al. (2010). Prehospital Rapid Sequence Intubation Improves Functional Outcome for Patients With Severe Traumatic Brain Injury. Annals of Surgery, 252(6), 959–965
- (3) Bonamini E. (2002). L'inserimento al lavoro dell'infermiere professionale e il processo di mentoring. (Pubblicato Settembre: 2002;) Disponibile all'indirizzo: http://www.infermieri.net
- (4) Borgogni L. E Consiglio C. (2008). La selezione. Metodi e strumenti psicologici per scegliere le persone, Franco Angeli.
- (5) Cortese CG. (2007). Mentoring e formazione. AIF; 33: 21-56
- (6) Costa G. E Gianecchini M. (2009). Risorse umane: persone, relazioni e valore, McGraw-Hill.
- (7) Davis DP, Stern J, Ochs M, Sise MJ, Hoyt DB. A follow-up analysis of factors associated with head-injury mortality following paramedic rapid sequence intubation. J Trauma 2005; 59:486—90

BIBLIOGRAFIA

(8) Gaiarin N, (2005).

Coaching e mentoring. Sviluppare talenti di eccellenza e ottenere performance al top, Etas (collana Harvard business essentials).

[9] Gausce M, Lewis RJ, Stratton SJ, Haynes BF, Gunter CS, Goodrich, SM, et al. (2000) Effect of out-of-hospital pediatric endotracheal intubation on survival and neurological outcome: a controlled clinical trial. JAMA 2000; 283:783-90

(10) Guilbert J.J. (2002). "La guida pedagogica del personale sanitario", Pubblicazione OMS offser n° 35, 4° ed. italiana a cura di G. Palasciano e A. Lotti, Ed. Dal Sud, Bari.

(11) Hayes EF, Gagan MJ. (2005). Approaches to Mentoring: How to mentor and be Mentored. Journal of the American Academy of Nurse Practitioners; 17(11):442-45

(12) Henderson KI, Coats TJ, Hassan TB (2000), et al. Audit of time to emergency trauma laparotomy.
Br J Surg. 2000 Apr; 87(4):472-6

(13) JJAHO, (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations), (1999) Comprehensive Accreditation Manual for Hospitals: the Official Handbook, Management of the Environment of Care chapter

(14) Kram KE. (1983). Phases of the Mentor Relationship. The Academy of Management Journal; 26(4): 608-25

(15) Mincemoyer CC, Thomson JS. (1998). Estabilishing Effective Mentoring Relationship for Individual and Organizational Success. Journal of Extention:36(2)

(16) Mori L, Varchetta G, (2012). Cura e formazione, Franco Angeli

(17) Newgard CD, Schmicker RH, Hedges JR, et al.
Emergency medical services intervals and survival in trauma: assessment of the "golden hour" in a North American prospective cohort.
Ann Emerg Med. 2010 Mar; 55(3):235-246. Full text here

in situazione di stress;

• l'elasticità mentale, necessaria perché, pur incontrando patologie e codici analoghi e pur disponendo di specifiche Linee Guida e di chiari Protocolli della Centrale Operativa e di Pronto Soccorso, ogni intervento è diverso, per le persone coinvolte e per il particolare contesto.

Queste caratteristiche si acquisiscono sul campo e con il tempo, ma non si può trascurare l'importanza di una formazione pianificata e personalizzata e garantita dall'affiancamento di un operatore preparato quando trattasi di impegnare un neoassunto.

PER ENTRARE NEL MERITO, GESTIONE DEL PERSONALE PER COMPETENZE E MENTORING

Il processo di gestione delle risorse umane è finalizzato a migliorare l'inserimento del personale neoassunto in azienda e a favorire l'inserimento dello stesso nella struttura organizzativa.

La JCAHO nel 1999 (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, istituto privato di accreditamento delle strutture sanitarie statunitensi) ha stabilito che gli ospedali debbano verificare l'acquisizione delle competenze necessarie per prestare l'opera dei propri professionisti e che le stesse debbano essere valutate al momento dell'inserimento nella struttura sanitaria e durante la vita lavorativa.

La gestione per competenze è una tecnica manageriale basata sulla individuazione, descrizione e valorizzazione delle conoscenze tecniche e delle capacità presenti in una organizzazione. Gestire per competenze, ai diversi livelli organizzativi, significa considerare che il vero patrimonio dell'organizzazione sia contenuto nel sapere posseduto dalle persone; tale patrimonio deve essere

quindi conosciuto, valorizzato, diffuso, sviluppato e protetto (Costa, 2009). Il sistema di gestione per competenze si articola sui concetti di job analysis e di job description.

La job analysis è lo studio di una posizione lavorativa per determinare quali conoscenze, competenze, attitudini e caratteristiche personali siano necessarie per assumere con successo certe responsabilità; stabilisce i requisiti minimi (tipo e livello di conoscenze, competenze, attitudini e caratteristiche personali) e, di conseguenza, consente di formulare gli standard di formazione, esperienza, intelligenza, personalità e resistenza fisica per ciascun tipo di attività e funzione (Prien, 2009).



Tabella 1 - LA JOB DESCRIPTION DELL'INFERMIERE DEL SERVIZIO 118

STRUTTURA	Servizio di urgenza/emergenza sanitaria 118 delle provincie di Salerno – Roma – Reggio Emilia
POSIZIONE DI LAVORO	Responsabile dell'assistenza infermieristica sul territorio
QUALIFICA DI LAVORO	Collaboratore professionale sanitario –Categoria D
MISSION	L'infermiere specialista in emergenza e urgenza sanitaria è il professionista sanitario responsabile della gestione dei processi infermieristici in emergenza. L'infermiere specialista in emergenza e urgenza sanitaria analizza i bisogni di assistenza in emergenza e pianifica e coordina l'attuazione dei percorsi assistenziali garantendo una risposta immediata ed efficace ai bisogni urgenti dei cittadini. Fornisce inoltre consulenza specialistica ad altri operatori sanitari
TITOLI E QUALIFICHE	Laurea triennale I livello in Infermieristica o titolo equipollente, Master in Area Critica, Corsi di Qualifica di esecutore BLS-BLSD-PTC
RESPONSABILITÀ PROFESSIONALE	Affronta con funzioni di team leader le situazioni di emergenza e urgenza che pongono la persona in condizioni di criticità vitale e gestisce l'assistenza alla persona in situazioni di emergenza e urgenza intra ed extra-ospedaliera. Inoltre progetta percorsi educativi rivolti alla persona e ai familiari in un'ottica di prevenzione degli eventi acuti e delle disabilità
RESPONSABILITÀ ORGANIZZATIVA	Partecipa attivamente alla formazione del personale infermieristico, di supporto e volontario ai fini dell'inserimento e dello sviluppo di competenze specifiche per l'area dell'emergenza e urgenza e nella realizzazione di programmi di ricerca finalizzati allo sviluppo delle buone pratiche e alla loro implementazione nel contesto operativo di riferimento
STRUMENTI ADOTTATI	Procedure operative, piano di attività, protocolli

La job description, derivata dalla prima, contiene specificazioni in merito ai requisiti richiesti per un determinato tipo di lavoro, alle principali attività e responsabilità, e alle relazioni organizzative di una determinata posizione. Identifica le responsabilità, fornisce un sommario delle attività e delimita una specifica attività rispetto alle altre, in un dato contesto lavorativo. In quanto tale è utile per supportare le fasi di reclutamento, inserimento, trasferimento del personale, nonché per guidare e valutare i professionisti di una struttura sanitaria (Borgogni e Consiglio, 2008). Un esempio di job description applicata all'infermiere di area critica nel servizio 118 è rappresentato nella tabella 1.

L'efficace inserimento del neofita si avvale del *mentoring*, quale percorso in cui lo stesso viene guidato da un collega esperto nella cultura dell'organizzazione, allo scopo di implementare le conoscenze e le competenze e di sviluppare le potenzialità (Bonamini, 2002; Mori e Varchetta, 2012). Il *mentor* è una persona con buona esperienza nel suo settore, che conosce i meccanismi operativi del servizio ed è in arado di trasmetterli con chiarezza. È

colui che crea un clima favorevole di apprendimento, stabilisce e favorisce le relazioni funzionali con gli altri colleghi, operatori sanitari, e le relazioni di tipo gerarchico (Armstrong, 2006). Il mentor e il suo affiancato posseggono la stessa posizione lavorativa e non sono subordinati da una relazione gerarchica, per cui chi apprende può riconoscere nel collega un solido punto di riferimento, cui avvicinarsi per esporre dubbi e ricercare soluzioni, in una atmosfera rilassata (Hayes, 2005: il successo di uno è anche il successo dell'altro (Mincemoyer, 1998; Gaiarin, 2005; Perchiazzi, 2009).

Come tale, si differenzia dal coaching, cioè allenamento di un atleta o di una squadra, e dal tutoring, volto al controllo dello sviluppo di competenze (Cortese 2007; Olympos Group, 2011). Il processo di mentoring si articola in cinque fasi (Kram, 1983):

- Fase 1: accoglienza e progettazione del percorso di inserimento nelle postazioni del 118;
- Fase 2: primo soccorso all'utente critico sul posto, iniziando da attività semplici (assistenza di base) e proseguendo verso attività sempre più complesse;

BIBLIOGRAFIA

(18) Olympos Group srl (2011), La figura del formatore, pubblicato sul sito: www.olympos.it, Bergamo

(19) Perchiazzi M. (2009). Apprendere il Mentoring. Manuale operativo per la formazione dei Mentor. Edizioni Transeuropa

(20) Petri RW, Dyer A, Lumpkin J. The effect of prehospital transport time on the mortality from traumatic injury Prehosp Disaster Med. 1995 Jan-Mar; 10(1):24-9

(21) Prien EP., Goodstein LD (2009), Goodstein J, "A Practical Guide to Job Analysis", Pfeiffer & Company.

(22) Spaite DW, Tse DJ, Valenzuela TD, et al (1991). The impact of injury severity and prehospital procedures on scene time in victims of major trauma. Ann Emerg Med. 1991 Dec; 20(12):1299-30

(23) Steele R, Green SM, Gill M, et al. Clinical decision rules for secondary trauma triage: predictors of emergency operative management. Ann Emerg Med. 2006 Feb; 47(2):135.

- Fase 3: assunzione graduale, da parte del neoassunto, della capacità di documentare, organizzare e pianificare il proprio operato;
- Fase 4: sviluppo della capacità organizzativa, della presa in carico dei pazienti nella loro globalità, della supervisione del proprio lavoro e di quello del personale di supporto, miglioramento delle proprie conoscenze cliniche e tecniche;
- Fase 5: autonomia nell'agire con supervisione periodica. Al neo inserito dovrà essere trasmesso il principio che la formazione non termina con i cinque passi ma prosegue in forma individuale (studio dei casi, percorsi formativi universitari) e istituzionale (corsi ECM, all'interno e all'esterno dell'azienda).

IL MENTORING NELLE POSTAZIONI DEL SERVIZIO 118, L'INDAGINE Il metodo

Per condurre lo studio è stato utilizzato il metodo d'indagine retrospettiva, per capire se e come fosse stato pianificato, implementato e gestito l'inserimento dell'infermiere neoassunto (prima occupazione o trasferimento da altro servizio) in alcune postazioni 118 della Campania (Salerno centro, Battipaglia, Positano, Maiori, Amalfi e Vietri), del Lazio (Roma Tiburtina, Roma Nord, Latina Scalo) e dell'Emilia (Montecchio, C. Monti - S. Anna).

Il campione

Nello studio sono stati coinvolti gli infermieri, complessivamente 154, presenti nelle postazioni 118 negli anni 2009 – 2015 e così distribuiti: il 76% maschi e il 24% femmine nelle sedi campane, il 28% maschi e il 72% femmine nelle sedi laziali ed emiliane. Il titolo di studio posseduto dai professionisti partecipanti allo studio è risultato essere la laurea di primo livello (67%), il diploma di laurea (14%), laurea di secondo livello (8%), il diploma regionale (11%). Al momento dell'indagine, il 55% degli infermieri componenti il campione lavorava in area critica da meno di un 1

anno, il 27% da più di 2 anni e il 28% da più di 5 anni.

Lo strumento

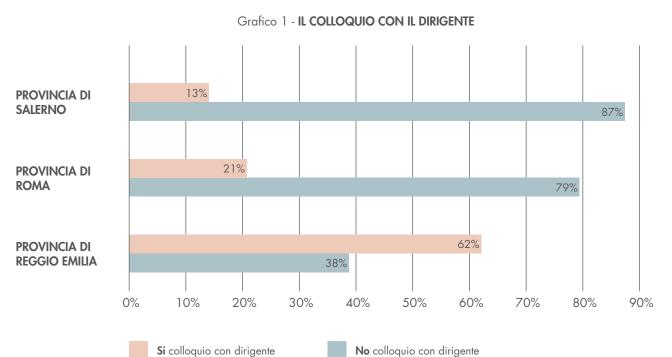
Il questionario utilizzato, costruito a partire da analoghi strumenti di indagine, si componeva di 30 item a risposta chiusa (Si/NO o multipla).

La compilazione (in forma anonima) ha interessato 51 soggetti nelle postazioni campane, 53 in quelle laziali, e 50 in quelle emiliane.

Oltre a informazioni di carattere demografico, le domande del questionario esploravano l'esperienza di inserimento nelle postazioni del 118 per verificare il supporto al neoassunto da parte di personale esperto.

IN SINTESI, QUALCHE RISULTATO

Due in particolare le domande considerate nell'elaborazione dei dati e rappresentate graficamente come segue. La prima, che indagava l'effettuazione di un colloquio di presentazione con i dirigenti e i coordinatori del servizio al



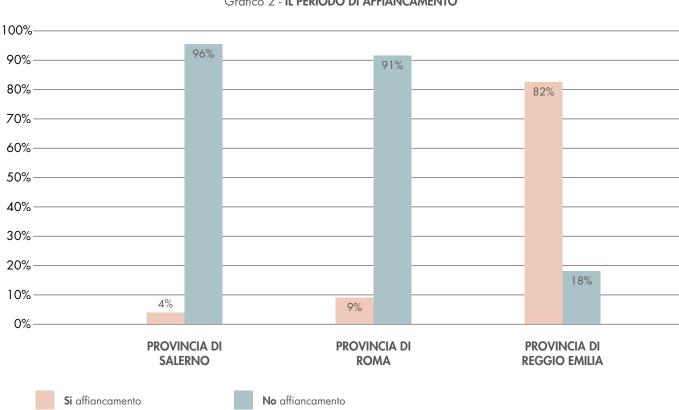


Grafico 2 - IL PERIODO DI AFFIANCAMENTO

momento dell'ingresso nella postazione 118 (Grafico 1) e la seconda che indagava l'organizzazione di un periodo di affiancamento (Grafico 2).

Per entrambi i quesiti le risposte non sono state incoraggianti. Un incontro di accoglienza e di presentazione non è stato fatto per il 38% dei neoassunti in provincia di Reggio Emilia, per il 79% in provincia di Roma e per l'87%% in provincia di Salerno. Un periodo di affiancamento non è stato garantito nel 18 dei casi in provincia di Reggio Emilia, nel 91% in provincia di Roma e nel 96% in provincia di Salerno.

PER CONCLUDERE

Quanto emerso dall'indagine consente di riflettere sull'importanza della pianificazione dell'inserimento del neoassunto, attività che non può essere lasciata alla disponibilità del singolo ma che deve piuttosto essere un percorso sistematico misurabile e valutabile. Questo vale in generale ma ancor più per l'inserimento del neoassunto nel servizio 118 dove alla complessità propria dell'area critica, si somma la difficoltà di operare in un ambiente non protetto (extra-ospedaliero) e di agire in squadra

Il benchmark con i servizi della provincia emiliana ha consentito di evidenziare alcune direttrici per finalizzare il cambiamento nella giusta direzione:

 formare un gruppo di infermieri disponibili a impegnarsi nell'inserimento del neoassunto supportati dalla conoscenza delle alle metodologie andragogiche; • definire il percorso sistematico dell'inserimento esplicitando tempi obiettivi, competenze da acquisire e modalità di valutazione e di feedback. La gestione del personale per competenze è una necessità per quanti siano impegnati nella gestione delle risorse umane, al fine di esaltare le professionalità specifiche e di valorizzare le specificità di ciascuno.

Questo significa però lavorare per obiettivi, focalizzarsi sull'assunzione di responsabilità da parte dei professionisti e sugli obiettivi da raggiungere.

Pianificare le dimissioni dell'anziano fragile, l'esperienza dell'Infermiere Coordinatore di Percorso

di FEDERICA FERRARESE¹, MARTINA FACCINI², SARAH TOMMASI³, PAOLO TOSONI⁴, CLAUDIA BOZZINI⁵, CLAUDIO BELLAMOLI⁶, BEATRICE GAZZOLA⁷, CHIARA POMARI⁸

¹⁻⁶ UOC di Geriatria Ospedale di San Bonifacio, ULSS20 di Verona

7,8 Distretto 4, Ulss 20 di Verona

Corrispondenza: federicaferrarese@ulss20.verona.it

BIBLIOGRAFIA

- (1) Maggi S, Marzari C, Noale M, Limongi F, Gallina P, Bianchi D, Crepaldi G. Epidemiologia dell'invecchiamento. In Gensini G.G., Rizzini P., Trabucchi M., Vanara F. (eds) Rapporto Sanità 2005. Invecchiamento della popolazione e servizi sanitari. Il Mulino Editore, Bologna. 2005:27-42
- (2) Maggi S, Noale M, Gallina P, Marzari C, Bianchi D, Limongi F, Crepaldi G. ILSA Group. Physical disability among older italians with diabetes. The ILSA study Diabetologia 2004; 47:1957-62
- (3) Marcadelli S, Petraia V, Saponaro V. Dimissione protetta: bisogni, compentenza e pianificazione. Assistenza anziani 2008:39-42
- (4) Shepperd S, Lannin NA, Clemson LM, McCluskey A, Cameron ID, Barras SL. Discharge planning from ospital to home (review).

The Cochrane Library 2013, Issue 1

- (5) Dukkers van Emden DM, Ros WJG, Berns MPH. Transition of care: an evaluation of the role of the discharge liaison nurse in the Netherlands. Journal of Advanced Nursing 1999; 30:1186-94.
- (6) Carrol A, Dowling M. Discharge planning: communication, education and patient participation. British Journal of Nursing; 16:882-6

La complessità dei soggetti anziani disabili e fragili richiede un approccio sistemico e una presa in carico strutturata che tenga conto del fatto che essi spesso non si giovano di interventi standardizzati, ma richiedono un approccio personalizzato.

LA QUESTIONE DI FONDO

I cambiamenti demografici e sociali della popolazione che hanno caratterizzato il nostro Paese negli ultimi anni stanno assumendo una forte rilevanza per le organizzazioni sanitarie. Il 25% dei maschi e il 34% delle femmine ultrasessantacinquenni è portatore di una forma di disabilità fisica, che comporta difficoltà nelle comuni attività quotidiane ed è dovuta prevalentemente alla presenza di comorbilità (1).

Questa condizione aumenta con l'età: tra gli ultraottantenni circa il 6 % dei maschi e l'8% delle femmine è completamente non autosufficiente (2). Se per alcuni pazienti la dimissione a risoluzione di un quadro acuto è un evento di routine che non pone problemi, per la maggior parte degli anziani questo processo risulta molto più complesso.

Se da un lato stabilire la dimissibilità di un paziente è responsabilità del medico che ha in carico l'ammalato, la pianificazione delle necessità assistenziale del paziente dopo la dimissione è responsabilità dell'intera equipe medico-infermieristica ed è un diritto del paziente e della sua famiglia essere coinvolti ed accompagnati in questo percorso (3).

Gli studi di riferimento, hanno dimostrato che un programma strutturato e individualizzato per la dimissione di un paziente si associa ad una riduzione della degenza media e del numero di ri-ospedalizzazioni e ad una maggiore soddisfazione da parte del paziente (4). Per questo motivo, in molti paesi europei e negli Stati Uniti, negli ultimi vent'anni sono state previste, all'interno delle organizzazioni sanitare, figure professionali esperte, interamente dedicate alla gestione della dimissione ospedaliera (5,6). Talora si tratta di medici, ma più frequentemente sono infermieri con competenze avanzate, acquisite tramite formazione ed esperienza (discharge planning nurse, nurse case manager, liason nurse).

È per questo che, anche in Italia, sta emergendo la figura dell'Infermiere Coordinatore di Percorso (7) che si occupa delle attività seguenti:

- · identificazione precoce del paziente a rischio di dimissione difficile;
- · partecipazione alla valutazione multidimensionale;
- predisposizione, in collaborazione con l'Unità di Valutazione Multidimensionale, di un piano di dimissione personalizzato e condiviso con il paziente e caregiver;
- educazione del paziente e dei familiari/caregiver in particolare rispetto alla gestione dei sintomi e della terapia:
- · interfaccia e comunicazione fra realtà ospedaliera e territoriale.

L'ESPERIENZA SUL CAMPO

Da aprile 2011 l'Unità Operativa di Geriatria dell'Ospedale Fracastoro di San Bonifacio (VR) ha avviato una proficua collaborazione con il Distretto 4, con l'obiettivo di pianificare precocemente percorsi assistenziali adeguati per i pazienti anziani fragili ricoverati. L'Unità di Valutazione Multidimensionale (UVMD) per l'anziano fragile è costituita dal team di lavoro del Distretto e rappresenta, per le persone in stato

di bisogno socio-sanitario complesso e per i minori che richiedono particolari interventi di protezione e di tutela, la modalità di accesso al sistema integrato dei servizi socio-sanitari che richiedono un coordinamento interistituzionale ed un'integrazione di risorse.

Il team di lavoro è costituito da: il Direttore del Distretto o da un suo delegato quale Responsabile della UVMD, il Medico di Medicina Generale, l'Infermiere, l'Assistente Sociale e altre figure sanitarie o sociali in relazione ai problemi del paziente. In questo ambito, da settembre 2012 è stata attivata la figura dell'Infermiere Coordinatore di Percorso (CdP) attraverso lo studio e lo sviluppo di un progetto ispirato all'esperienza dell'APSS di Trento e promosso dalla Direzione Sanitaria. Il progetto ha visto il coinvolgimento nell'ottica del lavoro in team, di professionalità infermieristiche e mediche dell'Ospedale e del Territorio con l'obiettivo comune di sviluppare uno degli aspetti della continuità assistenziale che prendesse in carico il paziente fragile e i suoi bisogni socio-sanitari lungo tutto il suo percorso di cura ospedaliero ed extraospedaliero.

COME E CON CHE COSA

Utilizzando risorse recuperate da un processo di revisione del piano delle attività del team medico-infermieristico, è stato possibile definire un orario dedicato all'attività di CdP, affidata a due infermiere dell'UO di Geriatria formate con master in Geriatria e in Case Manager. Gli interventi attuati per la pianificazione della dimissione sono stati i seguenti:

1. Identificazione precoce dei pazienti a rischio. Il rischio di dimissione difficile è stato valutato mediante Blaylock Risk Assessment Screening Score (BRASS) index (8). L'indice di BRASS fu sviluppato come parte del sistema di pianificazione della dimissione soprattutto per i pazienti di età superiore a 65 anni.

Le autrici Blaylock e Cason (1992), attraverso la revisione della letteratura e la loro esperienza nel campo dell'assistenza in geriatria e gerontologia, hanno identificato i seguenti fattori che costituiscono l'indice: l'età, la disponibilità dei caregiver, lo stato funzionale, lo stato cognitivo, la presenza di disturbi del comportamento le abilità motorie, la presenza di deficit sensoriali, l'utilizzo del pronto soccorso e/o i ricoveri nei precedenti 3 mesi, il numero dei problemi medici attivi e il numero dei farmaci in terapia.

L'indice è di facile compilazione e fornisce buone indicazioni in merito ai problemi relativi alla dimissione del paziente. La compilazione viene effettuata entro le prime 48 ore dall'ingresso del paziente e richiede pochi minuti di impegno dell'infermiere che solitamente coincidono con la fase di raccolta dati

BIBLIOGRAFIA

(7) Zambiasi P, Tabarelli R. l'Infermiere coordinatore di percorso. Notizie & Informazioni (Notiziario Collegio IPASVI Trento). 2009; 9 (2):7-9

(8) Blaylock A, Cason C. Discharge planning predicting patients' needs. Journal of Gerontological Nursing 1992; 18:5-10



Figura 1 - BLAYLOCK RISK ASSESSMENT SCREENING SCORE (BRASS) INDEX (BLAYLOCK & CASON, 1992)

Blaylock Risk Assessment Screening (BRASS)

Cerchiare ogni aspetto che viene rilevato

Età (una sola opzione)

0 = 55 anni o meno

1 = 56 - 64 anni

2 = 65 - 79 anni

3 = 80 anni e più

Condizioni di vita e supporto sociale (una sola opzione)

0 = Vive col coniuge

1 = Vive con la famiglia

2 = Vive da solo con il sostegno della familiare

3 = Vive da solo con il sostegno di amici/conoscenti

4 = Vive solo senza alcun sostegno

5 = Assistenza domiciliare/residenziale

Stato funzionale (ogni opzione valutata)

0 = Autonomo (indipendente in ADL e IADL)

Dipendente in:

1 = Alimentazione/nutrizione

1 = Igiene/abbigliamento

1 = Andare in bagno

1 = Spostamenti/mobilità

1 = Incontinenza intestinale

1 = Incontinenza urinaria

1 = Preparazione del cibo

1 = Responsabilità nell'uso di medicinali

1 = Capacità di gestire il denaro

1 = Fare acquisti

1 = Utilizzo di mezzi di trasporto

Stato cognitivo (una sola opzione)

0 = Orientato

1 = Disorientato in alcune sfere* qualche volta

2 = Disorientato in alcune sfere* sempre

3 = Disorientato in tutte le sfere* qualche volta

4 = Disorientato in tutte le sfere* sempre

5 = Comatoso

Modello comportamentale (ogni opzione osservata)

0 = Appropriato

1 = Wandering

1 = Agitato

1 = Confuso

1 = Altro

Mobilità (una sola opzione)

0 = Deambula

1 = Deambula con aiuto di ausili

2 = Deambula con assistenza

3 = Non deambula

Deficit sensoriali (una sola opzione)

0 = Nessuno

1 = Deficit visivi o uditivi

2 = Deficit visivi e uditivi

Numero di ricoveri pregressi/accessi al pronto soccorso (una sola opzione)

0 = Nessuno negli ultimi 3 mesi

1 = Uno negli ultimi 3 mesi

2 = Due negli ultimi 3 mesi

3 = Più di due negli ultimi 3 mesi

Numero di problemi clinici attivi (una sola opzione)

0 = Tre problemi clinici

1 = Da tre a cinque problemi clinici

2 = Più di cinque problemi clinici

Numero di farmaci assunti (una sola opzione)

0 = Meno di tre farmaci

1 = Da tre a cinque farmaci

2 = Più di cinque farmaci

*sfere: spazio, tempo, luogo e sé

PUNTEGGIO TOTALE_

Punteggio	Indice di rischio
0-10	Soggetti a basso rischio di problemi dopo la dimissione: non richiedono particolare impegno per l'organizzazione
basso rischio	della loro dimissione, la disabilità è molto limitata
11-19	Soggetti a medio rischio di problemi legati a situazioni cliniche complesse che richiedono una pianificazione della
medio rischio	dimissione, ma probabilmente senza rischio di istituzionalizzazione
≥ 20	Soggetti ad alto rischio perché hanno problemi rilevanti e che richiedono una continuità di cure in strutture riabilitati-
alto rischio	ve, a lunga degenza o residenziali.

dell'accertamento infermieristico.

Lo strumento individua 3 classi di rischio, basso medio e alto (Figura. 1). Sono stati valutati con l'indice di BRASS tutti i pazienti ricoverati nel secondo semestre 2013 presso l'UO di Geriatria.

Su un totale di 707 pazienti ricoverati in questo periodo, ne sono stati valutati 560 (80%): sono stati esclusi i ricoveri

troppo brevi (inferiori o uguali a 3 giorni). La valutazione è stata eseguita per tutti i pazienti entro 24-48 ore dall'ammissione in reparto e comunque allo stabilizzarsi delle condizioni cliniche.

2. Predisposizione di un piano di dimissione personalizzato. Sulla base dei risultati della valutazione mediante indice di BRASS, nei primi giorni di ricovero l'infermiere CdP, in collaborazione con il medico responsabile, dopo un colloquio strutturato col paziente e con il caregiver, ha individuato la destinazione del paziente alla dimissione:

- rientro a domicilio senza provvedimenti specifici;
- rientro a domicilio con aiuto di caregiver/badante;
- rientro a domicilio con prescrizione

di presidi;

- rientro a domicilio con attivazione di forme di assistenza domiciliare integrata (ADI);
- rientro a domicilio con attivazione dei Servizi Sociali:
- rientro a domicilio e attivazione del Nucleo di Cure Palliative e/o ingresso in Hospice, per i pazienti neoplastici;
- ingresso in strutture territoriali (Ospedale di Comunità, RSA, o Centri Servizi);
- rientro in Casa di Riposo con o senza aggravamento;
- trasferimento presso la Lungodegenza (post-acuti o riabilitativa)

Inoltre il CdP si occupa di pianificare tutte le attività per garantire la continuità delle cure e dell'assistenza (collabora con il medico nella prescrizione di ausili, sostiene colloqui con il caregiver facilitandone l'orientamento su possibili soluzioni post-dimissione e sostenendo il familiare nella conoscenza della normativa specifica anchein collaborazione con l'Assistente Sociale Ospedaliero, sostiene briefing con il medico ospedaliero che ha in cura il paziente per seguirne i progressi e condividendo ipotesi circa il progetto assistenziale post-dimissione, raccoglie e registra quanto concordato nell'apposita documentazione infermieristica). In altre parole, l'infermiere coordinatore di percorso svolge in questo ambito la funzione di "facilitatore organizzativo" ossia di supervisore delle fasi del processo di dimissione, mettendo a disposizione della famiglia un'approfondita conoscenza dei contesti assistenziali ospedalieri, residenziali e territoriali e facilitando così l'accesso alla rete dei servizi.

3. Informazione ed educazione al paziente ed ai caregiver. Tra le competenze affidate al CdP vi è anche una

funzione educativa finalizzata a migliorare la capacità del paziente e dei caregiver nella gestione dei sintomi, della terapia, di nuove disabilità conseguenti l'evento acuto (o il peggioramento clinico) che ha reso necessario il ricovero. È stato inoltre attivato un numero telefonico dedicato, attivo dal Lunedì a Giovedì dalle 8.00 alle 16.00, e il Venerdì dalle 8.00 alle 14.00, per contattare il CdP dopo la dimissione per bisogni o dubbi sull'assistenza nell'immediato post-dimissione.

4. Valutazione della soddisfazione dei pazienti. Per valutare la soddisfazione del paziente e/o dei caregiver è stato predisposto un questionario, compilato alla dimissione, che ha fatto emergere un elevato apprezzamento dell'utente/caregiver. Questo, legato soprattutto ad un maggiore coinvolgimento nelle decisioni rispetto alla dimissione, oltre che al raggiungimento dei risultati rispetto alle aspettative.



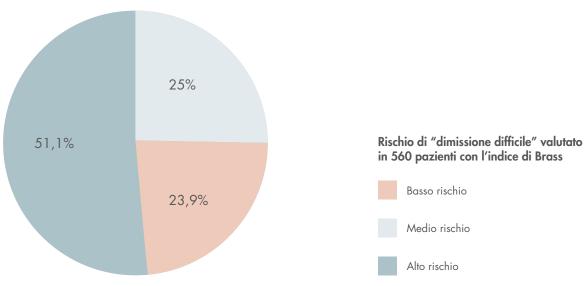


Figura 2 - SUDDIVISIONE DEI PAZIENTI RICOVERATI NEL SECONDO SEMESTRE 2013 (N=560) IN BASE AL PUNTEGGIO ALL'INDICE DI BRASS

DATI RACCOLTI E I RISULTATI

Dei 560 pazienti valutati nel secondo semestre 2013, più della metà (51,1%) presentava un punteggio uguale o maggiore a 20 all'Indice di BRASS ed un ulteriore 25% risultava a rischio medio, con un punteggio compreso tra 11 e 19; il 23,9% del campione è risultato a basso rischio (Figura.2).

La Tabella 1 riassume le caratteristiche dei pazienti, suddivisi in base al punteggio ottenuto all'indice di BRASS e alla destinazione alla dimissione. Nel 10 2% dei casi è stato avviato l'iter

Nel 10,2% dei casi è stato avviato l'iter di convocazione dell'UVMD integrata Geriatria-Distretto 4 per la pianificazione dell'ingresso in strutture territoriali (rsa, case di riposo, hospice).

Questo dato risulta probabilmente approssimato per difetto in quanto spesso la valutazione viene attuata e conclusa dall'UVMD in un tempo successivo rispetto alla valutazione iniziale, quando il paziente è speso ormai già trasferito presso strutture di lungodegenza.

Non è stato possibile evidenziare un

significativo effetto sulle riammissioni ospedaliere a motivo della bassa numerosità e della mancanza di una definizione condivisa di ricovero potenzialmente evitabile.

Il numero di ricoveri ripetuti secondo la definizione della regione Veneto è risultato estremamente basso (n=2); i ricoveri ripetuti entro 30 giorni con uguale DRG alla dimissione sono risultati 17 nel secondo semestre 2012, 20 nel secondo semestre 2013, rispettivamente prima e dopo l'introduzione dell'infermiere CdP.

ALCUNE CONSIDERAZIONI

Il prolungarsi dei tempi di degenza, il numero delle riammissioni ospedaliere, l'uso non sempre appropriato delle risorse disponibili, ma soprattutto le conseguenze sullo stato di salute, autonomia e benessere del paziente e delle loro famiglie vengono citate in letteratura come esiti di una non efficace gestione del processo di dimissione (4). L' attivazione della figura dell'infermiere Coordinatore di Percorso presso

l'UO di Geriatria e attualmente estesa a tutto il Dipartimento Medico Internistico dell'Ospedale Fracastoro di San Bonifacio, rientra nell'ottica di migliorare la gestione di questo processo, anche alla luce dei buoni risultati descritti in una realtà vicina come quella trentina, pur con delle differenze legate soprattutto al fatto che tale realtà dispone di maggiori risorse in termini sia di personale, sia di incentivi economici (7).

La classificazione del rischio di dimissione difficile su tre livelli mediante l'utilizzo dell'indice di BRASS è risultata utile poiché ha permesso di concentrare l'attenzione su quei pazienti che avevano un reale bisogno di interventi precoci e, soprattutto, di prendersi carico dei pazienti a medio rischio, che sono coloro che spesso necessitano di più attenzione.

A fronte di una quota elevatissima di pazienti a rischio medio elevato (76,1%), è stato comunque previsto il rientro a domicilio in una buona percentuale di casi (Tabella 1) a conferma di un solido tessuto familiare e sociale che riesce

Tabella 1 - CARATTERISTICHE DEI PAZIENTI RICOVERATI NEL SECONDO SEMESTRE 2013 (N=560) SECONDO L'INDICE DI BRASS E TIPOLOGIA DI PROGETTO ASSISTENZIALE INDIVIDUALIZZATO (PAI) PER LA DIMISSIONE

	Totale o	campione	Brass 0 - 10		Brass 11 - 19		Brass > = 20	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Sesso								
Totale Campione	560	100%	134	23,9%	140	25,0%	286	51,1%
Maschio	263	47,0%	77	57,5%	79	56,4%	107	37,4%
Femmina	297	53,0%	57	42,5%	61	43,6%	179	62,6%
Età media								
Anni	83,71		80,87		82,81		85,48	
Stato funzionale Pre-morboso								
Autosufficiente nelle ADL	1 <i>7</i> 9	32,2%	115	85,8%	35	25,2%	29	10,2%
Parzialmente autosufficiente nelle ADL	168	30,2%	18	13,4%	82	59,0%	68	24,0%
Completamente dipendente nelle ADL	209	37,6%	1	0,7%	22	15,8%	186	65,7%
Totale	556	100%	134	100%	139	100%	283	100%
Modalità Pre-morbosa								
Deambulava senza problemi	183	33,0%	110	82,1%	45	32,4%	28	10,0%
Deambulava con ausilii e/o aiuto	187	33,8%	22	16,4%	84	60,4%	81	28,8%
Non deambulava	184	33,2%	2	1,5%	10	7,2%	172	61,2%
Totale	554	100%	134	100%	139	100%	281	100%
Assistenza domiciliare pre-ricovero								
Nessuna	450	81,2%	129	96,3%	116	83,5%	205	73,0%
Accesso programmato MMG	80	14,4%	3	2,2%	21	15,1%	56	19,9%
ADI infermieristica	18	3,2%	1	0,7%	1	0,7%	16	5,7%
ADI medica	1	0,2%	0	0,0%	1	0,7%	0	0,0%
Nucleo Cure palliative	3	0,5%	0	0,0%	0	0,0%	3	1,1%
ADI per NAD	1	0,2%	1	0,7%	0	0,0%	0	0,0%
FKT domiciliare	1	0,2%	0	0,0%	0	0,0%	1	0,4%
Totale	554	100%	134	100%	139	100%	281	100%
Progetto Assistenziale Individualizzato per la dimissione								
Rientro a domicilio senza provvedimenti specifici	275	49,5%	116	86,6%	94	67,6%	65	23,0%
Rientro a domicilio con inserimento badante	8	1,4%	1	0,7%	2	1,4%	5	1,8%
Rientro a domicilio con prescizione di presidi	15	2,7%	1	0,7%	3	2,2%	11	3,9%
Rientro a domicilio con attivazione di forme di ADI	32	5,8%	2	1,5%	3	2,2%	27	9,5%
Attivazione del Nucleo Cure Palliative e/o ingresso in Hospice	24	4,3%	3	2,2%	11	7,9%	10	3,5%
Ingresso in Ospedale di Comunità di Tregnago	14	2,5%	3	2,2%	5	3,6%	6	2,1%
Ingresso in RSA e/o CdR (anche solo regime diurno)	53	9,5%	2	1,5%	7	5,0%	44	15,5%
Rientro in CdR (con o senza aggravamento)	81	14,6%	2	1,5%	3	2,2%	76	26,9%
Trasferimento presso Lungodegenza post-acuti	46	8,3%	1	0,7%	10	7,2%	35	12,4%
Trasferimento presso Lungodegenza riabilitativa	8	1,4%	3	2,2%	1	0,7%	4	1,4%
Totale	556	100%	134	100%	139	100%	283	100%

a compensare situazioni di elevata dipendenza e complessità assistenziale. Nei restanti casi la pianificazione precoce della dimissione ha consentito di attivare tempestivamente la rete dei servizi territoriali migliorando l'accesso e rendendo possibile un reale accompagnamento dell'anziano e della sua famiglia.

Al di là dei risultati ottenuti, l'introduzione della figura dell'infermiere CdP ha rappresentato per tutto il team medico e infermieristico dell'UO di Geriatria un'occasione di crescita culturale nella gestione del processo di dimissione e rappresenta per la professione infermieristica un'importante opportunità di sviluppo professionale.

Rimangono alcune criticità tuttora non risolte legate alle ridotte risorse disponibili e alle modalità di coinvolgimento degli altri infermieri del team evitando di de-responsabilizzarli rispetto al processo di dimissione.

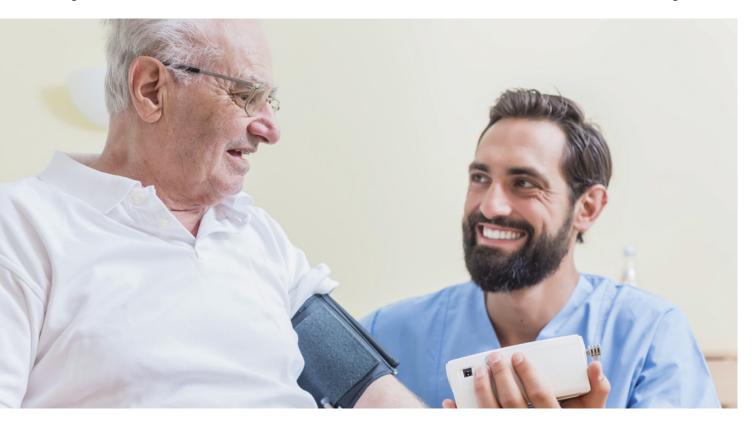
A tale proposito si stanno valutando alcune possibili modifiche organizzative che consentiranno di dare maggiore sostenibilità al progetto. In particolare, la creazione di un gruppo di infermieri con adeguate conoscenze della rete dei servizi per l'anziano fragile e con le necessarie abilità relazionali e di comunicazione, in modo da poter attribuire il ruolo di CdP all'infermiere responsabile di un settore dell'Unità Operative.

Tale figura infermieristica agirebbe in stretta collaborazione con il medico che segue il paziente gestendo, oltre all'aspetto assistenziale, anche quello della pianificazione della dimissione, nei casi in cui sia necessario.

QUALCHE CONCLUSIONE

L'introduzione della figura del Coordinatore di Percorso ha permesso di migliorare la gestione del paziente, individuando percorsi personalizzati per la dimissione dei pazienti anziani fragili, ottenendo una maggiore soddisfazione dei pazienti e dei caregiver.

Tale figura ha permesso inoltre a tutto il team medico-infermieristico di migliorare il dialogo e la collaborazione tra professionisti, e questo anche grazie alla volontà e sinergia che si è costituita da parte del Direttore di Unità Operativa e del Coordinatore Infermieristico. Oltre a questo, infine, è stato importante comprendere l'importanza del processo di pianificazione della dimissione, che va programmato già dal momento del ricovero del paziente, promuovendo la continuità dell'assistenza e favorendo un adeguamento del servizio offerto all' anziano "fragile".



Pronto Soccorso, triage avanzato agli infermieri



Presa in Cura (PiC) Infermieristica e attivazione di Percorsi Brevi per problemi minori secondo algoritmi specifici: il triage avanzato per gli infermieri è un dato di fatto. A sancirlo, la Deliberazione della Giunta Regionale n. 1888 del 23 dicembre 2015 "Adozione del documento di indirizzo per le Unità Operative di Pronto Soccorso per il triage di accesso e il triage avanzato", pubblicata sul BUR n.1 del 5 gennaio 2016.

COME CI SIAMO ARRIVATI: L'ANTEFATTO

Già con la Deliberazione n. 74 del 4 febbraio 2014 (Linee Guida regionali per la realizzazione dei progetti aziendali per la gestione delle attese in Pronto Soccorso) erano state indentificate alcune iniziative di miglioramento del flusso dei pazienti, finalizzate a ridurre i tempi di attesa tra cui lo sviluppo di fast-track che prevedono l'invio diretto dal triage allo specialista dei pazienti con quadri clinici di chiara competenza monospecialistica.

Con una deliberazione successiva, la n. 1513 del 12 agosto 2014 (Indirizzi operativi per la gestione ed il monitoraggio dell'attività di Pronto Soccorso; criteri per l'attribuzione del codice di priorità e del codice di appropriatezza dell'accesso) erano stati approvati, dalla Giunta Regionale, gli obiettivi per le Aziende sanitarie in materia di tempi di riferimento per la gestione dei pazienti da raggiungere anche con il coinvolgimento del Medico di Medicina Generale nella gestione delle urgenze differibili e per il completamento degli accertamenti nei casi in cui in pronto soccorso sia stata esclusa la presenza di patologie evolutive a breve o tali da richiedere un immediato trattamento ospedaliero.

Lo stesso provvedimento prevedeva (Allegato A, punto 3.3) l'attivazione di percorsi di accesso rapido dal Triage alle procedure diagnostiche e agli accertamenti specialistici e l'adozione di protocolli per l'individuazione delle azioni sanitarie e non mediche da porre in essere in autonomia da parte dell'infermiere anche in spazi specificatamente dedicati.

DI DELIBERA IN DELIBERA DAL 2014 AL 2015, IL DOCUMENTO DI INDIRIZZO PER LE UO DI PS

La Deliberazione n. 1513/2014, come si legge nel preambolo del Documento di indirizzo, prevedeva l'istituzione di un osservatorio dell'attività di PS coordinato dal CREU (Coordinamento Regionale Emergenza Urgenza) in collaborazione con il Servizio Epidemiologico Regionale. Dall'analisi degli accessi in PS e delle procedure di triage in tutte le Unità Operative (UU.OO.) della Regione, si legge ancora, è emerso un certo grado di disomogeneità nella definizione delle priorità di accesso (codice colore) e si sono evidenziate alcune carenze nella registrazione dei motivi di accesso, con significative percentuali di motivi non specificati.

Prevalente, è inoltre risultato il Triage di bancone (o di accesso) che ancorché con modalità di definizione delle priorità, viene utilizzato in circa tre quarti delle UU.OO di Pronto soccorso della regione. Da qui, l'istituzione da parte del coordinatore del CREU, di un gruppo di lavoro costituito da un infermiere e un medico per ogni UO di PS identificati dal Direttore di ciascuna unità con un preciso mandato: elaborare dei do-

a cura della REDAZIONE

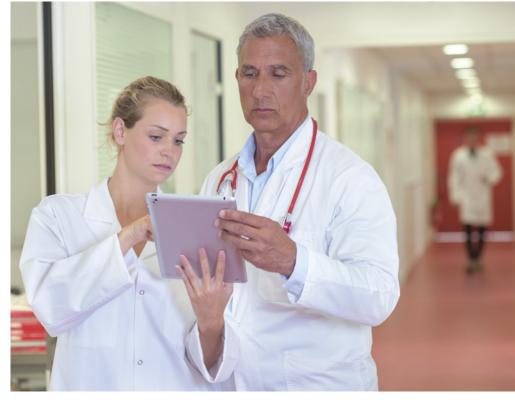
cumenti di indirizzo in materia di triage, indicatori di attività e definizione dell'appropriatezza di accesso.

IL DOCUMENTO DI INDIRIZZO PER LE UO DI PS: I CONTENUTI

Il documento elaborato dal gruppo di lavoro, a partire dall'analisi delle linee guida dei principali sistemi di Triage internazionali e delle procedure di Triage di accesso più diffuse nella regione è strutturato in 6 parti: definizioni, risposta operativa, infermiere triagista, gestione del rischio clinico, raccomandazioni triage avanzato e percorsi brevi specialistici, tabelle dei sintomi e dei discriminatori.

In particolare vengono definite le funzioni di triage infermieristico avanzato con presa in cura infermieristica (l'osservazione anche monitorata, quando indicato dei codici gialli e dei pazienti fragili (1), il completamento della definizione e l'avvio di percorsi di valutazione e trattamento (2), la dovuta riservatezza (3). Sono determinate anche nuove tabelle relative ai motivi di accesso e ai discriminatori per la definizione delle priorità e individuate modalità e tempi massimi di presa in cura e, infine, le attività di VRQ e il percorso formativo. Oltre ad avere un'esperienza lavorativa di almeno due anni, elasticità mentale, controllo dell'emotività, capacità decisionale e relazionale, così si legge nel documento, gli infermieri triagisti, coordinamento compreso, devono frequentare un corso di aggiornamento e retraining.

Ribadito dunque e in modo inequivocabile, che il triage in pronto soccorso, momento di accoglienza e valutazione di pazienti in base a criteri definiti che consentano di stabilire la priorità di intervento (Atto di Intesa Stato Regioni del 17/5/96) e da cui dipendono i percor-



si e i tempi di gestione, è prerogativa degli infermieri.

DALLE PAROLE AI FATTI, L'APPLICA-ZIONE

Nella presentazione del documento si legge che lo stesso trova ragione di essere in quanto strumento indispensabile per raggiungere uno standard uniforme per l'attività di triage, uniformità irrinunciabile per il perseguimento degli obiettivi di qualità e tempistica per la gestione degli accessi in PS.

Un documento di indirizzo quindi solo nel titolo, di fatto un atto che deve essere adottato e che richiederà inevitabilmente, per essere contestualizzato, qualche cambiamento negli assetti operativi attuali sia in termini di risorse umane che strutturali. Numerosi a tal proposito gli interrogativi, uno per tutti: cosa e come dovrà rivisto e ridisegnato nel quotidiano?

Lo abbiamo chiesto a Ermanno Da Corte, coordinatore infermieristico del Pronto Soccorso dell'Ospedale di Legnago Azienda ULSS n 21.

Cosa cambierà o dovrà cambiare dal punto di vista organizzativo con l'adozione del documento di indirizzo?

Da un punto di vista strutturale dovranno essere individuati dei locali per la presa in carico infermieristica (intendo un luogo dove l'infermiere possa monitorare i pazienti critici - attualmente esiste solo l'O.B.I. - Osservazione Breve Intensiva); i percorsi per i pazienti più fragili dovranno essere abbreviati (un anziano che necessita di ricovero non deve attendere ore per trovare un posto letto). Si dovranno pensare prassi che permettano di liberare prima possibile le sale d'attesa (percorsi fast track o per urgenze indirizzate dai MMG).

I pazienti non devono sostare nelle sale d'attesa dei Pronto Soccorso: se una persona è già in possesso di un'impegnativa per una visita urgente specialistica, almeno quando possibile, dovrà recarsi direttamente dallo specialista senza il passaggio al pronto soccorso). Si dovrà informare e formare la popolazione rispetto all'utilizzo corretto delle risorse sanitarie, affinché i cittadini si possano recarsi e accedere ai luoghi adeguati al loro specifico problema di salute, penso a degli interventi specifici nelle scuole, sui luoghi di lavoro.

Sarà necessaria anche una nuova modalità di gestione e di organizzazione delle risorse umane?

Molto ha fatto la professione infermieristica in questi anni per acquisire sempre maggiori e più specifiche competenze (area critica, pediatrica, case manager), ma poco è stato riconosciuto ai professionisti che hanno investito nella propria formazione (acquisita in quelle aree di interesse). I coordinatori devono avere la possibilità di valorizzare il personale che ha compiuto questi percorsi e che opera nei Pronto Soccorso,

che sappiamo, ad oggi, essere luoghi di elevato impegno emotivo.

Con questo documento si riconosce una fondamentale importanza agli infermieri, formati, esperti e, aggiungo io, motivati, ma qualche perplessità rimane.

Il professionista deve essere messo nelle condizioni di agire al meglio le proprie competenze ma di fatto non ci sono gli spazi sufficienti per applicare i migliori modelli di cura, non ci sono i percorsi adeguati per il paziente fragile e l'attesa per un posto letto a volte dura ore. Questo stato di cose, nel tempo, rischia di minare la motivazione ancorché forte dei professionisti.

Per noi coordinatori, consci che la motivazione conta molto più di qualche incentivo economico, diventano difficili la gestione e l'organizzazione di persone che, dopo aver speso tante energie, lavorano in situazioni spesso critiche con carichi di lavoro elevati e non prevedibili. È la formazione lo snodo centrale e il professionista che vi investe deve poter sentirsi valorizzato: solo così la gestione delle risorse umane si traduce in risultati per le persone che ogni giorno accedono al pronto soccorso.

I coordinatori dovranno senz'altro prevedere percorsi formativi specifici e pianificare affiancamenti di tutti gli infermieri del pronto soccorso come indicato dal documento ma, a fronte della carenza di personale, saranno programmazioni piuttosto difficili da attuare. Inoltre, con i vincoli imposti dalla Legge 30 ottobre 2014, n. 161 (Disposizioni per l'adempimento degli obblighi derivanti dall'appartenenza dell'Italia all'Unione europea - Legge europea 2013-bis.) si sono ridotte le opportunità di momenti da dedicare alla formazione stessa.

Quali vincoli e quali opportunità dall'adozione del documento?

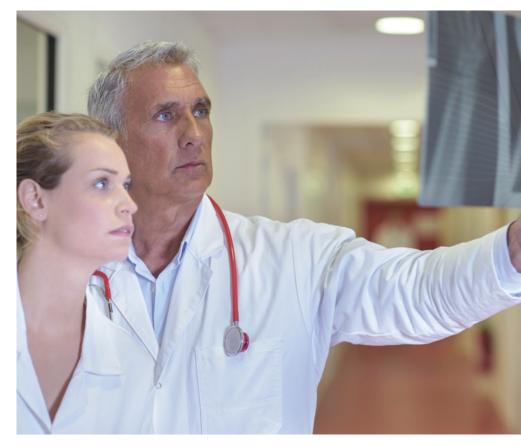
I vincoli stanno nei modelli suggeriti. Da noi area rossa e verde non sono separate e sarà difficile prevedere uno spazio per un'area infermieristica avanzata (ad oggi abbiamo un unico ambulatorio per il triage avanzato, dove possiamo trattare un solo paziente alla volta; tuttavia non sono previste risorse aggiuntive in questo Delibera).

Le opportunità sono legate all'adozione di percorsi più idonei per i pazienti con determinate patologie come ad esempio problematiche non gravi, che possono essere indirizzate dall'infermiere triagista, in accordo con il paziente stesso, ad altre strutture presenti sul territorio, o ambulatori infermieristici per medicazioni non complicate. Un'al-

tra opportunità è anche quella di rivedere i modelli organizzativi dei pronto soccorso del Veneto.

E quali, invece, i correttivi da prevedere per garantirne l'applicazione piena?

Investire risorse per la formazione del personale, prevedere una tempistica per l'adeguamento delle realtà ai modelli proposti e verifica dell'applicazione degli indirizzi (bene gli indicatori e gli audit), potenziare il personale (numero e competenza), prevedere risorse economiche per l'adeguamento strutturale dei pronto soccorso (dopo il DGR n. 74 del 4 febbraio 2014).





Quando si dice presa in carico...

a cura della REDAZIONE



Buongiorno,

sono Elena, figlia di Antonietta, ricoverata nel Vostro Istituto nel reparto di Chirurgia Generale. In questa mail parlo per me, per la mia mamma e per il mio papà.

La nostra è stata forse una storia come tante altre. La mamma ha effettuato una gastroscopia il 18/01, sempre nel Vostro ospedale, e purtroppo con nostra spiacevole sorpresa le è stato diagnosticato un tumore allo stomaco. Già in sede di gastroscopia i medici che ci hanno fornito la notizia sono stati eccezionali in modi e maniere. In 15 minuti dopo la prima diagnosi era presente davanti a noi il prof. Ruffo nonché primario del reparto sopra menzionato.

La sua professionalità e gentilezza unita alla celerità di azione è stata per noi sorprendente! Infatti il giorno successivo la mamma era regolarmente ricoverata.

Tutti gli accertamenti del caso sono stati fatti in tempi velocissimi come anche l'intervento eseguito dal prof. ZARDINI ed equipe. Ogni persona del reparto è stata meravigliosa: da ogni singolo infermiere... da ogni operatore... non escluso il personale di pulizia. Mia mamma è stata trattata con infinito amore e professionalità cose veramente rare da trovare in qualsiasi altro ospedale. Si è sentita coccolata e protetta. Le hanno trasmesso forza e coraggio senza mai darle false aspettative e mettendola al corrente del suo vero stato di salute.

Mia mamma è per carattere una persona fragile ma grazie a Voi ha sfoderato una forza di reazione mai pensata!

Il prof. ZARDINI è stato per noi un "angelo custode"... dal carattere un po' irruento ma capace di strappare un sorriso sempre e di farla reagire in maniera impressionante.

Grande reparto gestito in maniera eccellente dalla caposala FREONI ROBERTA. Non potevo assolutamente esimermi dal ringraziare per tutto ciò che avete fatto per noi! A volte sembrano cose scontate...ma non lo sono! E per chi sta male e per i familiari già provati dalla triste verità, trovare un reparto ed un equipe dove professionalità ed umanità vanno di pari passo è quasi un'utopia.

Grazie davvero di cuore!

Grazie a:

DOTT. ZARDINI, DOTT. RUFFO, DOTT.SSA GENTILE IRENE, DOTT.SSA BETTINI ROSSELLA, DOTT. BARUGOLA, CAPOSALA FREONI ROBERTA

ed a tutti davvero tutti!

RESTERETE NEI NOSTRI CUORI!

Elena, Antonietta, Franco

Dopo 10 giorni è arrivato il momento di salutarvi.

Ringrazio di cuore il dottor Ruffo, il dottor Facci, il dottor Pontrelli e tutta l'equipe per l'intervento riuscito al meglio di qualsiasi aspettativa.

Ringrazio tutti i medici del reparto per la professionalità, la competenza e l'umanità con cui svolgete la vostra missione; grazie anche per il supporto psicologico oltre, ovviamente, a quello medico. Un grazie di cuore a tutti gli infermieri per la disponibilità, la gentilezza e il sostegno: siete davvero eccezionali, persone con un'umanità e dolcezza uniche.

Ringrazio tutto il personale ata, sempre attento ai nostri bisogni di pazienti, a volte un pó impazienti. Sempre sorridenti e pronti a portare conforto.

Grazie anche alle ragazze che puliscono e che aiutano a rendere splendente questo reparto. Insomma grazie di cuore a tutti per avermi fatto sentire a casa.

Sara



Alzheimer, con parole e immagini

La malattia di Alzheimer è la più comune causa di demenza: colpisce in relazione allo stile di vita (sedentarietà, alimentazione, interessi ecc.) e con il progredire dell'età. L'impatto di questa malattia è enorme sul piano sanitario, finanziario, psicologico, emotivo. Sono stati in particolare questi ultimi due, psicologico e emotivo, a muovere la scelta del libro e i film di seguito proposti.

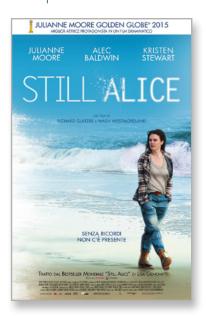
Il libro

Still Alice - Perdersi, senza ricordi non c'è presente

Nata in Massachusetts, dopo la laurea in neuropsichiatria ad Harvard si è dedicata allo studio del cervello e delle malattie che lo colpiscono come la malattia di Alzheimer: il tema di Still Alice che è stato il suo esordio come scrittrice. "Persino allora, più di un anno prima, nella sua testa, non lontano dagli orecchi, dei neuroni venivano strangolati a morte, troppo in silenzio perché lei li sentisse. Si potrebbe insinuare che le cose andavano così insidiosamente male che erano stati i neuroni stessi a dare il via a una serie di eventi destinati a condurli alla distruzione.

Che fosse omicidio molecolare o suicidio cellulare, non erano in grado di avvertirla di quello che stava succedendo, prima di morire" (dal primo capitolo). Un libro toccante fin dalle prime parole: narra la storia di Alice Howland una brillante linguista della Columbia University che ha studiato da sempre la mente e i suoi misteri e che sulla sua mente ha sempre contato. Ha quasi cinquant'anni, una carriera di successo, invitata in importanti consessi in tutto il mondo. Una famiglia solida, marito e tre figli ormai adulti: lei un pilastro e un punto di riferimento per loro, un quadro, si potrebbe dire, quasi perfetto.

Ma un giorno mentre sta parlando a un pubblico di scienziati come lei durante un'importante conferenza internazionale, una parola le sfugge o meglio, la perde. Non si tratta di una parola difficile ma di una parola tra le più semplici: la cerca, si sforza di ritrovarla nel magazzino della sua infinita memoria e



in quella mente che l'ha sempre sostenuta. Non la trova più quella parola e Alice sente che qualcosa non va, difficile da capire anche per lei che conosce bene la mente umana e altrettanto, sente, difficile da fermare. La diagnosi, una scure che si abbatte violenta inspiegabile e inattesa: malattia di Alzheimer precoce. Da quel momento Alice ha perso molte altre parole, per primi i nomi delle persone a lei più care e a seguire i ricordi, i suoi studi, se stessa. Un viaggio, questa malattia, in cui lei non è sola, c'è la sua famiglia, a lottare per non perdersi e che gioisce con lei in quei momenti, sempre più rari di lucidità e in cui i ricordi sono vivi e nitidi.

a cura della REDAZIONE

INFORMAZIONI

TITOLO:

Still Alice - Perdersi, senza ricordi non c'è presente

AUTORE: Lisa Genova neuroscienziata

EDIZIONI: PIEMME, 2007 PAGINE: 304



I film

INFORMAZIONI

TITOLO: Still Alice

REGIA: Richard Glatzer, Wash Westmoreland

ANNO: 2014 DURATA: 99 min

TITOLO:

Una Sconfinata Giovinezza

Pupi Avati

ANNO: 2010 DURATA: 98 min

INFORMAZIONI

FRANCESCA NERI FABRIZIO BENTIVOGLIO UNA SCONFINATA GIOVINEZZA SERINA GIANNI GRANDI CAVINA

Una Sconfinata Giovinezza

Still Alice non è però l'unico film in cui si "mostra" il disagio e la "devastazione" di questa malattia. Lo fa anche Pupi Avati nel 2010 con Una Sconfinata Giovinezza, in cui una coppia affiatata, lui giornalista e commentatore sportivo, lei un'insegnante di filologia romanza, che ha superato molti momenti difficili. E proprio quando tutto sembra appianato, lui comincia ad accusare gli effetti della malattia. Molta l'angoscia di lei e molti i dubbi, troppi, di fronte a un marito che deve essere trattato come un bambino piccolo e altrettante le difficoltà quotidiane per assisterlo, stargli vicino e non ricoverarlo in una struttura.

INFORMAZIONI

TITOLO:

Away from Her - Lontano da lei

Sarah Polley

ANN0: 2006 DURATA: 110 min

Still Alice



Un libro, scritto nel 2007 che l'autrice ha inizialmente distribuito personalmente porta a porta e che solo successivamente è stato acquistato da un grosso editore americano e diventato poi un best-seller internazionale da cui, nel 2014, è stato tratto il film omonimo in cui Alice è stata magistralmente interpretata dall'attrice Julianne Moore. Una performance quella di Moore che nel 2015 le è valsa l'Oscar come miglior attrice protagonista. Un film che racconta il disagio della malattia "catturando" chi lo guarda e muovendo emozioni e sentimenti non sempre facili da collocare e controllare.

Away from Her - Lontano da lei



E prima ancora, a raccontare la malattia con le immagini è stata Sarah Polley nel 2006 con Lontano da lei (Away from Her). Qui la malattia entra prepotentemente nella vita equilibrata di Grant e Fiona che dopo 44 anni di matrimonio sono ancora molto legati, una vita piena la loro. Solo ogni tanto un'ombra fa capolino a turbare questo equilibrio: succede quando Fiona fa qualche riferimento al passato e fa riaffiorare vecchi attriti: le "spine" tra le rose e i fiori di un matrimonio. È così, tra il riferimento sempre più frequente al passato che si fa evidente fino a diventare quasi drammatica la perdita di memoria di lei. A quel punto non si può più far finta di nulla: la malattia di Alzheimer inesorabile. È allora che lui inizia un doloroso viaggio per far si che sua moglie possa ancora essere felice per un'ultima volta.

Reperibilità, quando il riposo compensativo?

LETTERE AL DIRETTORE

Sono un'infermiera che lavora presso una sala operatoria dell'Azienda Ospedaliero Universitaria Integrata di Verona.

Il mio quesito riguarda il riposo compensativo, lavorando spesso in reperibilità quando maturo il diritto di fruirne?

Lucia

di MARINA VANZETTA

Gentile collega,

È recentissima una sentenza di Cassazione che farà cambiare le abitudini delle Aziende Sanitarie (Sezione Lavoro, Sentenza 18 marzo 2016, n. 5465).

Una sua attenta lettura consente di comprendere quanto sia complicato l'istituto della pronta disponibilità. Puntuale è la disamina dal punto di vista giuridico della distinzione tra reperibilità passiva e reperibilità attiva, tra reperibilità in giorno di riposo e reperibilità in giorno lavorativo.

La sentenza afferma quanto segue: nella pronta disponibilità passiva effettuata nel giorno di riposo settimanale il lavoratore ha diritto, dietro sua richiesta, a un giorno di riposo compensativo, "senza riduzione del debito orario" vedendosi costretto comunque a garantire l'orario di lavoro "normale".

In caso di pronta disponibilità attiva – seguita quindi da chiamata – sempre svolta nel giorno di riposo settimanale, l'azienda "deve" comunque garantire il giorno di riposo nella settimana successiva, anche senza una specifica richiesta del dipendente in quanto diritto "indisponibile". Anche in questo caso il debito orario deve essere assolto.

La sentenza conferma quindi che la pronta disponibilità attiva è attività lavorativa vera e propria e che genera quindi il riposo settimanale.

Deve essere però chiaro che l'istituto contrattuale di cui si sta parlando è piuttosto datato (1990) e che la recente entrata in vigore della Legge 161/2014 Disposizioni per l'adempimento degli obblighi derivanti dall'appartenenza dell'Italia all'Unione europea ha creato e crea non pochi problemi alle direzioni aziendali.

Bisognerà quindi attendere l'aggiornamento dei regolamenti aziendali in materia di pronta disponibilità per vedere la piena applicazione del diritto a meno che il lavoratore chieda personalmente il giorno di riposo a seguito della guardia in giorno di riposo.

Luca Molinari
Consigliere



www.ipasviverona.com



Segreteria Organizzativa Collegio Provinciale IPASVI

Via Ca' di Cozzi, 14/A - 37124 VERONA Telefono: 045.913938 - Fax: 045.914671

E-mail: info@ipasviverona.com

