



# PROSPETTIVE INFERMIERISTICHE

Infermieri Professionali · Assistenti Sanitari · Vigiliatrici d'Infanzia



### ESPERIENZE DAL TERRITORIO

IL VALORE DELLA CURA, L'ESPERIENZA DELLA TERAPIA INTENSIVA CARDIOLOGICA DI LEGNAGO



# ISTITUZIONI E TERRITORIO

LA CENTRALE OPERATIVA TERRITORIALE UN'ESPERIENZA IN DIVENIRE



**numero 2** aprile - giugno 2017



■ EDITORIALE	1
RASSEGNA STAMPA  «Chiediamo posti letto al vostro ospedale».  Pronto soccorso, tanti malati ma pochi medici  Nuovo Magalini, chiesto sopralluogo bipartisan  Oncologia medica, ricerca clinica al top. Il primario Bonetti diventa professore  Fracastoro ospedale declassato? È allarme  Cure essenziali, in linea solo Veneto ed Emilia  «Sicurezza e sanità». In studio i medici  «Il Fracastoro non si tocca: lo dicono le schede»  «Lo scopo è fare cassa anche se ci sono principi condivisibili»  Ulss, stangata sugli «smemorati»  «Garantite la sanità nell'Est»  Laboratorio per analisi urgenti. Lo ospiterà il nuovo ospedale  Sanità, ospedale mamma - bambino: partenza in salita	2 3 4 5 6 6 7 8 8 9
ESPERIENZE DAL TERRITORIO  Il valore della cura, l'esperienza della Terapia Intensiva Cardiologica di Legnago Infermiere e libera professione	11 15
ISTITUZIONI E TERRITORIO  La Centrale Operativa Territoriale un'esperienza in divenire, un valore aggiunto per il sistema e il cittadino, un'opportunità per le professioni sanitarie.	17
NOI E GLI ALTRI Vivere con la sclerosi multipla, la storia di Stefano	20
RECENSIONI L'accanimento terapeutico Cosa sognano i pesci rossi	24 24
■ LETTERE AL DIRETTORE	25

Pubblicazione trimestrale. Questo numero è stato chiuso il 5 luglio 2017.

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]



# La violenza sugli infermieri: combattiamola insieme!

'l 24 giugno si è svolto il Consiglio Nazionale con la partecipazione di tutti i Collegi. È stato un incontro molto intenso e partecipato con il coinvolgimento di importanti interlocutori del mondo politico: l'on. Gelli (relatore della famosa nuova legge sulla responsabilità professionale) e la senatrice De Basi (presidente della commissione Igiene e Sanità del senato). È inoltre intervenuta, per la prima volta telefonicamente in un nostro Consiglio Nazionale, il ministro Lorenzin. Il primo ci ha parlato della legge 24/2017 1, delle implicazioni professionali di tale nuovo riferimento e degli adempimenti che devono essere posti in essere per poter renderla operante ed applicabile pienamente nella pratica quotidiana. In particolare, è entrato nel merito del decreto che regolamenta le società scientifiche o le cosiddette "associazioni tecnico scientifiche" <sup>2</sup> che - riconosciute dal ministero - dovranno produrre quelle linee guida fondamentali per attenuare la responsabilità in caso di imperizia. L'on. Gelli ci ha inoltre parlato del DDL Lorenzin (approvato al senato ed emendato alla camera, che trasforma i Collegi in Ordini) e dell'impegno a portarlo a termine entro l'anno. Su questo il Consiglio Nazionale ha manifestato un forte sostegno pur non nascondendo delle fortissime perplessità su alcune norme introdotte alla camera, in particolare quelle che riguardano gli oss. La sen. De Biasi, ci ha illustrato il progetto sulle volontà di fine vita ed i contenuti di una legge che tanti invocano ma che poi al pari ostacolano con emendamenti, prese di posizione e altro. Oltre a quanto sopra, il Consiglio Nazionale si è occupato di un tema altrettanto rilevante che sta assumendo, anche nella nostra provincia, dei connotati "qualitativi" e "quantitativi" preoccupanti. Mi riferisco al tema delle violenze sugli infermieri nell'esercizio della loro funzione. Ciò risulta in particolare in alcuni ambiti lavorativi: pronto soccorso, psichiatria, domicilio, ma anche in tutti gli altri ambiti.

### Il Collegio di Verona:

- Esprime vicinanza ai colleghi che hanno subito queste violenze fisiche o verbali;
- Chiede alle amministrazioni di farsi garanti di un ambiente di lavoro sicuro, come già la Cassazione ha avuto modo di ribadire, attraverso tutto quanto serve per poter garantire sicurezza. Troppo spesso abbiamo la sensazione che questo fenomeno sia sottovalutato: agli infermieri non può essere chiesta professionalità, comprensione, se poi nel momento in cui sono oggetto di aggressione non c'è una forte e sicura reazione di tutela, in particolare dalle amministrazioni che rappresentano il datore di lavoro. O, ancora prima, un impegno tangibile per porre in essere quanto serve, su suggerimento degli stessi colleghi, per prevenire detti fenomeni. Ciò soprattutto in alcuni luoghi di lavoro, come il pronto soccorso, dove spesso si richiede una funzione sociale non propria di una struttura sanitaria. Così come alcuni luoghi altrettanto poco conosciuti e altrettanto "difficili" come sert, strutture psichiatriche, rems, etc.
- Il Collegio non vuole esprimere solo solidarietà, ma vuole essere vicino a questi nostri colleghi anche in modo concreto: se avete bisogno di tutele, anche legali, siamo disponibili. Non esitate, quello che possiamo porre in essere sarà a vostra disposizione. Chiamateci e risponderemo con tutto quello che la legge ci consente di fare per aiutarvi, tutelarvi e difendere la vostra e la nostra dignità professionale.

Di seguito il pronunciamento del Consiglio Nazionale, sintesi del dibattito che è stato sviluppato in seno all'incontro romano con tutti i presidenti.

"La violenza sul posto di lavoro è un problema che investe i paesi di tutto il mondo. La reale dimensione del problema non è nota, ma si crede che i dati raccolti siano soltanto la punta di un iceberg. Il rischio di subire aggressioni per gli operatori sanitari è più elevato rispetto ad altri lavoratori che operano in contatto diretto con l'utenza. Dal punto di vista statistico non esiste una rilevazione esaustiva degli atti di violenza sugli operatori, ma secondo una ricerca spagnola pubblicata sull'International Journal of Occupational and Environmental Health, le aree a tasso di rischio più elevato sono i servizi di emergenza-urgenza, strutture psichiatriche ospedaliere e territoriali, luoghi di attesa, servizi di geriatria, servizi di continuità assistenziale. Nel settore sanitario, sociosanitario e in modo particolare nei servizi di emergenza-urgenza e nelle strutture psichiatriche, secondo la ricerca, le aggressioni fisiche hanno raggiunto rispettivamente il 48% e il 27% degli operatori; gli insulti sono risultati invece praticamente ubiquitari, avendo coinvolto rispettivamente l'82 e il 64% degli operatori, e percentuali più o meno simili si trovano per le minacce. La Federazione Nazionale Collegi IPASVI, nell'esprimere solidarietà a tutti i colleghi che sono stati vittime o che rischiano di esserlo durante l'espletamento delle proprie funzioni presso le strutture sanitarie, giudica gli atti di violenza sui professionisti inaccettabili chiede di attivare ogni forma di intervento utile per garantire la sicurezza degli operatori e lo sviluppo di programmi di sorveglianza sulla sicurezza dei professionisti sanitari con la messa a punto di sistemi di valutazione dell'efficacia delle azioni di controllo e la predisposizione di piani di sicurezza. In questo senso si ritiene prioritaria l'istituzione di un Osservatorio nazionale articolato in tutte le Regioni sul fenomeno della violenza negli ambienti di ricovero e di assistenza che indichi la strada e gli strumenti per controlli rigorosi e continui e la possibilità di interventi immediati e decisi a tutela degli operatori e che stimoli attività di informazione, formazione e promozione in materia di sicurezza dell'attività di cura e tutela della salute mettendo in campo le attività necessarie alla valutazione del rischio, anche attraverso la collaborazione tra istituzioni pubbliche diverse, monitori i dati relativi a strutture e presidi sanitari considerati a rischio. Per poter realizzare queste necessarie innovazioni e per poter elaborare la migliore strategia di tutela dei propri professionisti che nelle strutture a rischio rappresentano comunque oltre il 50% degli operatori, la Federazione e i Collegi provinciali dichiarano la propria disponibilità a collaborare con le istituzioni sia a livello centrale che locale per contrastare e sconfiggere il fenomeno in argomento.

Buona lettura.



# di FRANCO VALLICELLA

Presidente Collegio IPASVI di Verona

# **DECRETI LEGGE**

(1) L. 08/03/2017, n. 24: Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie. (Pubblicata nella Gazz. Uff. 17 marzo 2017, n. 64).

(2) Articolo 5 comma 1 della L.24/2017: . Gli esercenti le professioni sanitarie, nell'esecuzione delle prestazioni sanitarie con finalità preventive, diagnostiche, terapeutiche, palliative, riabilitative e di medicina legale, si attengono, salve le specificità del caso concreto, alle raccomandazioni previste dalle linee guida pubblicate ai sensi del comma 3 ed elaborate da enti e istituzioni pubblici e privati nonché dalle società scientifiche e dalle associazioni tecnico-scientifiche delle professioni sanitarie iscritte in apposito elenco istituito e regolamentato con decreto del Ministro della salute, da emanare entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, e da aggiornare con cadenza biennale.";





L'ARENA - 28 marzo 2017 - Legnago

# «Chiediamo posti letto al vostro ospedale». Pronto soccorso, tanti malati ma pochi medici

a cura della REDAZIONE

Crescono gli accessi al Pronto soccorso di Legnago ma i medici in organico sono ridotti all'osso e per coprire i turni l'Ulss 9 Scaligera è costretta da alcuni mesi a ricorrere al personale esterno delle cooperative. Tutto ciò, in attesa dello svolgimento del concorso, previsto proprio per oggi, attraverso il quale verranno scelti i nuovi assunti che permetteranno al reparto guidato da Francesco Pratticò di coprire i posti vacanti.

Secondo i dati forniti dall'Azienda sanitaria, dunque, il 2017 si è aperto in controtendenza rispetto allo scorso anno per quel che concerne l'attività del polo per le emergenze del «Mater salutis», da cui dipende anche il Punto sanità del «San Biagio» di Bovolone. Dall'inizio dell'anno ad oggi, infatti, nel reparto sono stati registrati 15 mila accessi con una media di 180 pazienti al giorno. Pertanto, se tale trend si manterrà inalterato nei prossimi mesi, il numero di assistiti sfiorerà le 66 mila unità, ovvero quasi mille in più rispetto alle 65.100 rilevate nel 2016.

A fronte di tale boom di richieste, i 17 medici in forza al reparto, di cui una parte forniti dalla cooperativa Valetudo di Parma, ha risposto lavorando alacremente tramite turni che hanno visto sei dottori impiegati nelle 24 ore nei giorni feriali e cinque in quelli festivi. A fronte delle esigenze di cura crescenti, l'Ulss 9 ha dovuto fare i conti con la difficoltà di reperire personale medico disponibile a prestare servizio al Pronto soccorso. Si tratta, difatti, di una tendenza registrata a livello nazionale viste le difficoltà incontrate da parecchie Aziende sanitarie italiane in questo comparto.

Perciò, allo scopo di evitare che la carenza di personale mettesse a rischio la continuità del servizio nell'arco delle 24 ore, alla fine dello scorso novembre, gli uffici di via Gianella hanno incaricato una cooperativa, la bolognese Novamedica, di procurare una quota di medici necessari a garantire tutti i turni. Dal primo marzo, alla società del capoluogo emiliano è subentrata la parmense Valetudo, la quale, come la coop precedente, dovrà continuare a coprire cinque turni di guardia settimanali, nelle fasce orarie dalle 8 alle 20 e dalle 20 alle 8.

«Il servizio», scrive in delibera Pietro Girardi, direttore generale dell'Ulss 9, «verrà affidato alla nuova cooperativa per il residuo periodo contrattuale di cinque settimane e, comunque, fino all'assunzione del personale tramite concorso». A questo proposito, questa mattina, al «Mater Salutis», si svolgeranno le selezioni per scegliere i professionisti che andranno a completare l'organico del Pronto soccorso dove resterebbe da coprire circa un terzo dei medici previsti. Finora sono cinque le domande giunte all'Azienda sanitaria. Per coprire i posti vacanti, l'ospedale della Bassa potrà attingere anche dalle graduatorie che usciranno dalle selezioni che si svolgeranno in contemporanea all'ex Ulss 20 di Verona e all'ex Ulss 22 di Bussolengo.

Il ricorso a personale esterno per il Pronto soccorso era stata una delle problematiche sollevate dai rappresentanti sindacali dell'Ulss 21 nel vertice svoltosi a febbraio con il sindaco Clara Scapin e il suo collega di Cerea Paolo Marconcini referente dei Comuni del distretto.

Fabio Tomelleri

L'ARENA - 31 marzo 2017 - Villafranchese

# Nuovo Magalini, chiesto sopralluogo bipartisan

Un sopralluogo perché politici, amministratori, associazioni e comitati - che per 14 anni si sono dati da fare per il Magalini - possano vedere il nuovo ospedale di Villafranca. È la richiesta formulata dal consigliere di minoranza Stefano Predomo (della «Lista Tosi», area Casali), membro della commissione Salute e sanità, al presidente del Consiglio comunale Cristiano Tabarelli.

Il consigliere Predomo firma dunque una lettera chiedendo al presidente Tabarelli di attivarsi con la direzione generale dell'Ulss 9 Scaligera, e con l'assessore alla Sanità del Veneto, Luca Coletto, perché si organizzi un sopralluogo al nuovo Magalini insieme all'architetto Antonio Canini, commissario straordinario che in questi anni ha seguito il cantiere: una visita alla quale possano partecipare anche i consiglieri comunali, i segretari dei partiti politici e i rappresentanti del Comitato per l'ospedale. «Per i cittadini, l'ospedale è la vita. Sarebbe bello vedere la struttura finita e con tutti coloro che hanno partecipato alla ricostruzione dell'ospedale», ha spiegato il consigliere Predomo. «Sarebbe anche un'occasione per ringraziare tutti coloro che si sono spesi per la struttura e per comprendere l'effettivo stato dell'arte e dei luoghi, nonché di riferire le azioni che il Consiglio comunale e l'amministrazione possono effettuare per rendere più agevole e funzionale l'apertura del nuovo Magalini».

«Riteniamo», continuano i consiglieri Predomo e Luca Zamperini (capogruppo della «Lista Tosi» in Consiglio), «che il Consiglio comunale, nella sua interezza, insieme alle forze politiche e alle associazioni, debbano essere investiti di responsabilità. Infine, i temi della viabilità e dei parcheggi al servizio della struttura, più volte sollecitati, oggi più che mai devono essere affrontati sul piano amministrativo, lasciando da parte le divisioni politiche».

La lettera con la richiesta è stata illustrata ieri al caffè Fantoni, insieme alla storia dell'ospedale Magalini: a parlare è stato Carlo Ferrarese, della compagine politica di Zamperini e Predomo. Era presente anche Stefano Casali, già vicesindaco di Verona e oggi consigliere regionale eletto nella lista Tosi, nonché esponente dell'associazione «Verona domani», schierata con il centrodestra e in procinto di fondare un nuovo gruppo in Consiglio regionale, sempre nell'area del centrodestra, insieme all'altro veronese in Regione, Andrea Bassi.

Ferrarese ha per questo chiarito la posizione della compagine villafranchese rappresentata da Zamperini e Predomo in Consiglio: «Siamo un gruppo di centrodestra, liberali di ispirazione cattolica e da anni in stretta collaborazione con Casali». Per ora Zamperini e Predomo restano «lista Tosi» in Consiglio perché così sono stati eletti e non avendo «incombenze di tipo elettorale», spiega Ferrarese: «La sigla serve alle elezioni». Zamperini, sul Magalini

ha poi aggiunto: «Siamo a un punto di svolta. All'apertura parziale, quest'estate, seguirà la messa a regime della struttura sanitaria entro l'anno. A Casali, invece, chiediamo di farsi portavoce delle nostre istanze per quanto riguarda i temi socio-assistenziali in capo alla Regione». «L'ospedale è una vittoria del comprensorio», ha commentato infine Casali, «ma anche di Verona e del Veneto. La cittadinanza combatte da 14 anni e la riapertura sarà un momento istituzionale. Insisterò perché si faccia un sopralluogo e chiederò ai colleghi una partecipazione bipartisan per venire a presidiare, ma soprattutto a festeggiare una vittoria».

All'incontro di ieri erano presenti anche Cesare Festa, segretario della Lega nord locale, e Stefano Tabarelli di Fratelli d'Italia. Festa ha ricordato l'urgenza dei parcheggi, mentre Tabarelli, segretario regionale Ugl sanità, ha chiesto ai politici presenti di farsi carico anche delle aspettative di chi lavora al Magalini.

Maria Vittoria Adami



L'ARENA - 16 aprile 2017 - Legnago

# Oncologia medica, ricerca clinica al top. Il primario Bonetti diventa professore



Settanta studi clinici eseguiti negli ultimi 16 anni su oltre 500 pazienti malati di cancro per testare farmaci di ultima generazione, già registrati o in fase di registrazione. Con l'obiettivo di migliorare i risultati della terapia ordinaria e di ridurre la tossicità dei trattamenti chemioterapici. Ma anche un'intensa attività sul fronte oncogenetico, supportata dal 2006 da uno dei pochi ambulatori specialistici presenti nel Veneto, che offre alle donne consulenze volte ad appurare la presenza della cosiddetta «familiarità predisponente». Una condizione che per figlie, sorelle e nipoti moltiplica il rischio di ammalarsi in virtù di una fortissima predisposizione al cancro legata per l'appunto alla loro storia familiare.

Sono due dei molteplici punti di forza, che nell'ultimo decennio hanno permesso all'unità operativa di Oncologia medica dell'ospedale «Mater salutis» non solo di confermarsi uno dei fiori all'occhiello della sanità veronese e regionale con 700 nuovi pazienti presi in cura ogni anno, in arrivo per il 30 da fuori Ulss. Ma che, implicitamente, hanno consentito al dottor Andrea Bo-

netti, direttore del reparto dal 2000, di conquistare anche un importante traguardo professionale a coronamento di un lavoro dove proprio la ricerca ha assolto un ruolo chiave. Il 60enne direttore dell'unità legnaghese, laureato nel 1981 in Medicina all'Università di Padova e con doppia specializzazione in Endocrinologia e Oncologia medica, ha superato infatti il concorso nazionale per l'idoneità scientifica acquisendo l'abilitazione - alla luce delle sue pubblicazioni (35 solo nel 2016), citazioni e dell'Indice H (importanza del lavoro scientifico) - per insegnare all'università in qualità di professore di prima (ordinario) o seconda fascia (associato).

«Questo risultato», afferma Bonetti, «è sicuramente motivo di soddisfazione personale oltre che un riconoscimento alla qualità scientifica del lavoro svolto con la mia équipe. Ma è, in primo luogo, una garanzia per i 1500 pazienti che, tra nuovi casi e controlli periodici, stiamo seguendo nella nostra unità». Un reparto che può contare su un «Ufficio sperimentazioni cliniche» tra i più attivi della Regione, con 18 nuovi studi solo nel 2016, dove attualmente si stanno sperimentando farmaci dell'immunoncologia, ovvero l'immunoterapia applicata al trattamento dei tumori. «In sostanza», spiega il dottor Bonetti, che ha all'attivo esperienze negli Stati Uniti ed è allievo del professor Franco Muggia, tra i massimi esperti al mondo nei tumori ginecologici e mammari, «si tratta di ritrovati che risvegliano il sistema immunitario rendendolo in grado di riconoscere ed attaccare in modo selettivo le cellule tumorali.

Con questa innovativa arma terapeutica abbiamo già riscontrato buoni risultati per il melanoma, il cancro del rene e del polmone mentre sono in corso ricerche su una certa tipologia di tumore alla mammella e del capo-collo. Naturalmente si tratta di farmaci che non implicano rischi per i pazienti, tutti trattati su base volontaria dietro consenso informato e scritto».

Un'altra novità dell'Oncologia del «Mater salutis» riguarda poi uno studio, già approvato dal comitato etico dell'Ulss 9 Scaligera, sui tumori genetici definiti comunemente ereditari. «Sottoporremo un questionario a tutte le pazienti sotto i 50 anni, non rientranti perciò nei percorsi di screening, che frequenteranno nei prossimi mesi la Radiologia per qualsiasi esame», annuncia Bonetti. «L'obiettivo di questo lavoro, tramite il quale contiamo di contattare circa 2mila pazienti», aggiunge il primario, «è quello di verificare se esiste un rischio di familiarità nel cancro alla mammella, una delle neoplasie più diffuse con quelle di colon-retto e polmone.

Con eventuale presa in carico nel nostro laboratorio di Oncogenetica e l'avvio di un percorso che prevede un test allo lov di Padova da cui potrebbe emergere una mutazione genetica tale da aumentare fino all'87 per cento la possibilità di contrarre il cancro mammario e sino al 50 per cento quello alle ovaie, con possibilità di chirurgia profilattica. In pratica quello che è successo all'attrice Angelina Jolie, la quale, dopo aver scoperto di essere portatrice sana del gene Brca1, si è sottoposta prima ad una doppia mastectomia e poi ad un'ovariectomia, entrambe preventive. «I tumori familiari, solitamente aggressivi», precisa Bonetti, «insorgono precocemente tra i 35 e i 40 anni. Da qui l'importanza di questo studio, che può aumentare la percentuale di sopravvivenza fino al 98 per cento».

Stefano Nicoli

L'ARENA - 16 aprile 2017 - S. Bonifacio

# Fracastoro ospedale declassato? È allarme

Da mesi, e in tutti gli ambienti della vasta comunità dei comuni (una ventina) che gravitano sull'ospedale Fracastoro, sono in aumento le voci che ipotizzano una «costante azione di depauperamento» del nuovo ospedale dell'Est veronese, il «Fracastoro»; un'azione, si sottolinea, non traumatica ma «sotto traccia, una sorta di "svuotamento in sordina", come viene definito, che goccia dopo goccia toglierebbe le migliori specificità del nosocomio per trasferirle ad altre realtà ospedaliere, lasciando così alla popolazione di questa importante zona, a cavallo tra il Veronese e il Vicentino, un ospedale declassato.

Viene citata l'incomprensibile, insufficiente assegnazione al Fracastoro dei 227 posti letto attuali, dimezzata rispetto al passato quando il numero era più del doppio, comprendendo allora anche gli ospedali di Tregnago, Soave e Cologna, oltre quello sanbonifacese. I posti letto "ufficiali" oggi figurano es-

sere più di 400 ma sono «solo apparenti», si sottolinea, «perché comprendono settori che sono in altre località (come Verona) ma non al Fracastoro, se non nella finzione burocratica-organizzativa la quale ha mischiato i vari dati in un unico numero, che ovviamente non è quello reale, ovvero di 227 del solo Fracastoro».

A evidenziare poi questo temuto «svuotamento» del nosocomio, gli amministratori comunali citano il mancato rimpiazzo di alcuni primari, per cui sono scoperti di direzione il reparto di Neurologia e Nefrologia, mentre non vengono integrati gli organici del personale medico di altri reparti, come la Neurologia, nonostante i pazienti con il Parkinson o gli ammalati di sclerosi multipla siano in aumento nella zona. Si ricorda, inoltre, il recente ridimensionamento del Laboratorio, la mancata istituzione di alcune specialità, come la Chirurgia vascolare ed altre, la lunga

attesa, di circa due anni, di una Tac e del rinnovo di altre importanti strumentazioni nei vari reparti ospedalieri. Infine, va annotato pure il trasferimento di qualche altro servizio minore che, seppure non di primo piano, tuttavia appare come un segnale di «smantellamento». Questi alcuni degli elementi che danno sostanza alle «voci» che preoccupano fortemente non solo il sindaco Gianpaolo Provoli, ma anche i sindacati, i medici di base, le varie associazioni e l'opinione pubblica in generale, e ovviamente i sindaci della Val d'Alpone, i cui cittadini, quando non trovano risposta alle loro necessità all'ospedale «Fracastoro», sono costretti a migrare a Verona o Legnago, raddoppiano o triplicando quindi i tempi e i chilometri di strada. E il rafforzamento di Legnago, a discapito del «Fracasto-

A questa «voce» di ridimensionamento, il direttore generale ha opposto, anche recentemente, una piena smentita, riconducendo tutto a un processo di armonizzazione e razionalizzazione della Sanità pubblica. Ciononostante, la preoccupazione dei sindaci del territorio rimane alta ed è in crescita, al punto che si sono accordati per un vertice e per far sentire la propria voce a difesa della salute dei cittadini che potrebbe essere compromessa dal declassamento del «Fracastoro». I sindaci della Val d'Alpone, quindi, si ritroveranno tutti a San Bonifacio venerdì 21 aprile, alle ore 15, in sala civica Barbarani, per partecipare alla tavola rotonda sul tema «Stati generali della Sanità dell'Est veronese: dopo l'Ulss 9 Scaligera, quale futuro per l'ospedale Fracastoro?».

ro» è uno degli elementi in discussione.

Gianni Bertagnin



L'ARENA - 19 aprile 2017 - Italia

# Cure essenziali, in linea solo Veneto ed Emilia

Fecondazione assistita, cure per l'endometriosi, nuovi vaccini, trattamenti per l'autismo, ausili informatici per persone con gravi disabilità: queste e tantissime altre prestazioni gratuite inserite nei nuovi «Livelli Essenziali di Assistenza» i cosiddetti Lea, sono ancora un miraggio in 18 regioni su 20.

A un mese dalla pubblicazione in Gazzetta ufficiale, infatti, ad aver recepito i nuovi Lea sono state finora solo il Veneto e l'Emilia. Atteso da oltre 15 anni e approvato dal Consiglio dei ministri il 12 gennaio scorso, il decreto che aggiorna la lista delle cure considerate «essenziali», e quindi tali da dover essere garantite a tutti, è stato pubblicato il 18 marzo, una «data storica», secondo il ministro della Salute Beatrice Lorenzin. Ma per trasferire sul territorio

le novità introdotte a livello nazionale, il decreto va recepito in ogni regione con una specifica delibera di Giunta. E questo fa sì che, per la stragrande maggioranza degli italiani, i nuovi Lea siano ancora lontani dall'essere applicabili. La prima a tradurli in pratica è stata l'Emilia, il 28 marzo 2017. Circa 10 giorni dopo è stata la volta del Veneto, dove la delibera è stata approvata il 7 aprile. Di fatto, si tratta di due regioni che si distinguono per qualità ed efficienza della sanità pubblica, come dimostrano i primi posti da anni guadagnati nel monitoraggio dell'erogazione delle prestazioni sanitarie essenziali effettuato dal Ministero della Salute.

Prestazioni che, invece, secondo i risultati 2015, non raggiungono la soglia minima in Calabria, Molise, Puglia, Si-

cilia e Campania. «Siamo orgogliosi di essere stati i primi a partire» commenta l'assessore emiliano alla salute, Sergio Venturi. «Un risultato che abbiamo ottenuto perché in Emilia abbiamo un altissimo livello di competenze, strutture e tecnologie, ma anche perché ci siamo mossi subito e bene dal punto di vista organizzativo».

Commenta Tonino Aceti, coordinatore del Tribunale per i diritti del malato: «Di fronte a queste differenze e al fatto che in molte regioni possa trascorrere ancora molto tempo prima che i cittadini tocchino le novità con mano chiediamo un intervento deciso da parte del Ministero della Salute evitando così l'approfondirsi di diversità regionali che già caratterizzano il nostro sistema sanitario».

L'ARENA - 20 aprile 2017 - Italia

# «Sicurezza e sanità». In studio i medici

Diretta Verona, la trasmissione di Telearena in onda questa sera, dopo una prima parte dedicata alla tragedia del naufragio nel mare Adriatico a Rimini che ha coinvolto sei veronesi, dedicherà un'intera sezione a «Sicurezza e sanità». Verrà ripercorsa la vicenda del folle omicidio avvenuto nell'ospedale di Legnago. Un delitto che chiama in causa la sanità veneta, impegnata a fare chiarezza in queste ore anche su un altro tema caldo, quello dei vaccini. Ne parleranno in studio il direttore di Malattie infettive dell'Azienda ospedaliera Ercole Concia, il primario di Pediatria dell'ospedale di Borgo Trento Paolo Biban e il presidente dell'Ordine dei Medici, Roberto Mora.



L'ARENA - 23 aprile 2017 - Est

# «Il Fracastoro non si tocca: lo dicono le schede»

Era dai tempi della guerra degli ospedali che arroventava le comunità di San Bonifacio, Soave e Tregnago per l'unificazione delle tre strutture, che non si registrava una partecipazione così massiccia a un'assemblea sulla sanità. L'incontro promosso venerdì pomeriggio dal sindaco Giampaolo Provoli per chiarire il futuro del Fracastoro - che da tempo sta subendo una lenta erosione ha visto la partecipazione di 22 tra sindaci e amministratori dell'Est veronese, del presidente della Provincia Antonio Pastorello, di medici e rappresentanti di varie categorie sociali, partiti, sindacati e semplici cittadini, che hanno stipato la sala civica Barbarani.

A rispondere dal «banco degli imputati» l'assessore regionale alla Sanità Luca Coletto e il direttore generale dell'Ulss 9 Scaligera, Pietro Girardi, con accanto tre consiglieri regionali veronesi: Giovanna Negro, Orietta Salemi e Alessandro Montagnoli. Questa pacifica protesta delle comunità che gravitano sul Fracastoro ha ottenuto l'effetto desiderato: ottenere l'impegno formale di non procedere a cambiamenti senza aver prima ascoltato, con incontri periodici, i rappresentanti dei cittadini, cioè i sindaci e il personale sanitario.

Il sindaco ha aperto l'incontro elencando le principali carende del Fracastoro: si attende una Tac ormai da due anni; la mancata sostituzione dei primari andati in pensione di nefrologia e neurologia (reparto che ha anche carenza di organico); la presenza di un radiologo per la notte e nei fine settimana; il ridimensionamento del laboratorio di analisi; la presenza insufficiente dell'oculista; la mancata attivazione della specialità di chirurgia vascolare. Più in generale, il fatto che l'ospedale, sulla carta nato con 400 posti letto, in realtà di attivi ne ha solo 227. Provoli, per il capitolo lo-

gistica, ha poi ricordato la necessità di asfaltare il parcheggio interno, sterrato da anni. Su questo Girardi si è detto disponibile a trovare una soluzione in accordo con il Comune.

Il dg ha risposto alle altre denunce motivando carenze e ritardi con la difficoltà dei finanziamenti statali, la «razionalizzazione organizzativa con la centralizzazione e l'informatizzazione», ma negando di favorire Legnago a scapito del Fracastoro. L'assessore Coletto ha assicurato che il Fracastoro, che serve un bacino di 270mila abitanti, non vedrà un depotenziamento e che la programmazione delle schede sanitarie rimarrà tale fino al 2018. I sindaci potranno far sentire la loro voce nella Conferenza dei sindaci. Per quanto riguarda il personale, presto arriverà il concorso per il primario di nefrologia.

Nel suo lungo e dettagliato intervento, Pietro Girardi, premesso che non vengono fatte parzialità negli investimenti per gli ospedali, ha confermato che l'acquisto della Tac è in corso e che il macchinario arriverà a febbraio. «Il Fracastoro è ospedale di primo livello», ha detto il dg, «e ha tutte le specialità: nessuna di queste può andare persa, perché il territorio con i suoi 270mila abitanti c'è, è innegabile». Va però considerato che, per certe specialità, non si trovano professionisti.

Duro il sindaco di Soave, Lino Gambaretto, ha ricordato che il Fracastoro è costato alla comunità oltre cento milioni di euro: «Il territorio vuole che goda di considerazione anche politica. L'ospedale deve offrire tutti i servizi di cui ha bisogno e non deve succedere che, se ad esempio c'è bisogno dell'oculista, si venga dirottati a Verona o a Legnago». A questo proposito, Girardi ha assicurato che ora il primario dell'oculistica

di Legnago viene a San Bonifacio a settimane alterne. Gambaretto ha concluso: «Saremo vigili sulle scelte che vengono fatte, dato che l'anno prossimo si andranno a definire le schede, in modo che il nostro ospedale non diventi di serie B. E chiedo ai colleghi sindaci di esserci; questo è uno dei pochi esempi dove sono stati chiusi ben tre ospedali per crearne uno solo, provocando lacerazioni: facciamo che ciò abbia avuto un senso». Un paziente ha poi sollevato il problema dei diabetici che per un controllo devono spostarsi a Verona. La consigliera regionale Giovanna Negro è intervenuta facendo notare, a proposito di investimenti similari, che l'ospedale di Legnago ha 105 mila abitanti in meno rispetto a quello di San Bonifacio, dove vi sono realtà particolari e diverse da quelle di Legnago e ha sollecitato il ricambio dello strumentario obsoleto in certi poliambulatori.

La consigliera Orietta Salemi ha evidenziato sia il forte squilibrio assistenziale esistente tra l'Est veronese e il Nord Ovest - che conta sulle strutture di Bussolengo, Villafranca, Negrar, Peschiera - sia la necessità di prenderne atto per garantire un sistema integrato di servizi. Il consigliere Alessandro Montagnoli ha sottolineato la necessità per i veronesi di fare squadra nel settore della sanità, per far fronte ai privati e ricordando la funzione dei sindaci, soprattutto nel settore sociale. A nome dei medici del Fracastoro è intervenuto Mauro Cinquetti, direttore dipartimento Materno infantile: ha espresso apprezzamento per l'incontro, primo passo di dialogo tra direzione, referenti regionali, sindaci e personale medico.

L'ARENA - 27 aprile 2017 - Città

# «Lo scopo è fare cassa anche se ci sono principi condivisibili»

Della rivoluzione messa in atto dalla Regione «posso capire l'esigenza», ovvero la gestione delle liste d'attesa, «e condividere l'idea di responsabilizzare i cittadini sul liberare la prenotazione di un esame per il quale bisogna aspettare del tempo, e di cui altri potrebbero usufruire. Ma di fatto è l'ennesima decisione calata dall'alto che assomiglia a una riscossione per far cassa».

Davide Cecchinato, presidente di Adiconsum, torna sulla necessità di creare un protocollo di conciliazione tra la Sanità veneta e le associazioni dei consumatori, come esistono in altri settori tra cui quelli assicurativo e bancario, che al momento manca. «E poiché gli utenti non sono rappresentati, non viene loro aarantita eauità».

Adiconsum, dice Cecchinato, ha già affrontato in passato numerosi casi relativi alla ormai vecchia normativa che prevedeva – anche per chi esente – il rimborso per intero del ticket per la prestazione prenotata e disertata. «Sono una decina le persone che ogni anno si rivolgono a noi perché la motivazione per cui non si sono presentati alla visita non viene accettata, e dunque sono costretti a pagare.

La scusa del legislatore è sempre la stessa: la normativa è questa». Si tratta soprattutto «di anziani che non possono utilizzare internet e per disdire contattano il Cup, ma non hanno riscontro. Ora, far pagare loro la prestazione sanitaria per intero mi sembra eccessivo, anche perché talune, come si sa, sono molto onerose».

Insomma, bisogna distinguere le mancate disdette ma la giustificazione da presentare entro dieci giorni lavorativi «è sempre un canale unilaterale, perché chi la valuta è anche chi eroga la sanzione. Per questo sarebbe opportuno che la Regione venisse a patti con le associazioni dei consumatori e creasse un tavolo a cui siede anche un loro rappresentante». Ancora, «se la motivazione viene rifiutata cosa si deve fare? E le 48 ore entro cui bisogna disdire, decorrono dall'ora della prenotazione stessa? O dalla mezzanotte dei due giorni lavorativi precedenti alla visita? Piccole criticità ma possono fare la differenza. Le avremmo fatte notare, se ci fosse stato chiesto un confronto».

L.PER.

L'ARENA - 27 aprile 2017 - Città

# Ulss, stangata sugli «smemorati»

La Regione Veneto tira la giacchetta agli «smemorati» che prenotano una visita o un esame in ospedale, o nelle strutture private accreditate, e poi non si presentano all'appuntamento.

Se fino a ieri erano tenuti a rimborsare almeno il ticket di 36 euro (un provvedimento del 2007 quando a capo della Sanità veneta c'era Flavio Tosi), da oggi hanno l'obbligo di versare l'intera quota della prestazione non eseguita se si dimenticano di disdirla entro i due giorni lavorativi precedenti.

La pagheranno cara, insomma: 76 euro nel caso di una gastroscopia e 94 euro se si tratta di una colonscopia, tanto per fare degli esempi. Ma si arriva a 212 euro per una risonanza magnetica

prenotata e mai effettuata, che aumentano a 340 quando è previsto anche l'utilizzo del mezzo di contrasto.

È LA ULSS 9 Scaligera attraverso il direttore sanitario Denise Signorelli e il direttore amministrativo dei presidi ospedalieri Flavia Dal Bosco a rendere nota la novità, peraltro valida pure per chi è esente dalla partecipazione alla spesa sanitaria. Una rivoluzione stabilita dalla Finanziaria che la giunta regionale ha recepito con la normativa del 30 dicembre 2016, collegata alla legge di stabilità 2017. «L'assistito che non si presenta nel giorno previsto per l'erogazione della prestazione senza aver dato idonea disdetta, fatti salvi i casi di forza maggiore, è tenuto al pa-

gamento della prestazione secondo la tariffa prevista dal vigente nomenclatore tariffario» così è stato sancito.

Ma siccome a tutti può capitare un impedimento anche all'ultimo minuto, è possibile non pagare se ci sono dei motivi validi, come già succedeva per l'addebito del ticket. Però è necessario inviare le giustificazioni, ad esempio un certificato di ricovero o una dichiarazione del datore di lavoro, entro i dieci giorni lavorativi successivi all'appuntamento, tramite mail o fax ai riferimenti dei Cup della Ulss 9.

Tra le motivazioni accettate ci sono la malattia, il ricovero ospedaliero, un lutto, gli eventi atmosferici e altre cause, purché dimostrabili. IL GIRO DI VITE, spiega Signorelli, ha l'obiettivo di gestire le liste d'attesa ed evitare sprechi, poiché la prenotazione non disdetta toglie opportunità ad altre persone e comporta costi non indifferenti per il Sistema sanitario. Verona e provincia, assicura, sono in linea con i tempi d'attesa stabiliti dalla Regione, che sono di 10, 30 o 90 giorni a seconda dell'urgenza indicata nell'impegnativa e devono es-

sere garantiti nel 90% dei casi. Tuttavia nel 2016 le prestazioni mancate, cioè prenotate e non disdette, e sia ambulatoriali che strumentali, sono state ben 16.276 (5.027 nel territorio dell'ex Ulss 20, 7.094 nell'ex Ulss 21 e 4.146 nell'ex Ulss 22) e hanno avuto un peso economico di un milione e mezzo di euro. A QUESTA CIFRA vanno aggiunte le spese per i servizi di recupero del ticket, che comunque è avvenuto solo

nel 30% dei casi. «La Sanità è un bene di tutti per il quale vengono messe in campo risorse importanti» commenta Signorelli «ma è anche una questione di senso civico: se non posso usufruire di una visita prenotata da tempo, lascio il posto libero per un altro cittadino».

Laura Perina

L'ARENA - 28 aprile 2017 - S. Bonifacio

# «Garantite la sanità nell'Est»

«Basta scuse, la sanità va garantita anche nell'Est veronese». Non va tanto per il sottile Anna Firolli, consigliere comunale dei Cinque stelle, riferendosi all'esito dell'incontro svoltosi una settimana fa all'ospedale Fracastoro. Il dito puntato dell'esponente grillina è rivolta alle «promesse un tantino fumose, nessuna rassicurazione certa e tutto resta così com'è».

E i dubbi sorgono spontanei: «Tanto per cominciare», incalza Firolli, «"così com'è" cosa significa? Ci tolgono il punto analitico del laboratorio di analisi, la fluorangiografia, il finanziamento per la Tac che avevano promesso a San Bonifacio per spostarlo su Villafranca e poi, l'anno prossimo, con le nuove schede ospedaliere?», si chiede. All'esponente del movimento di Grillo non vanno giù certi leit motiv: «Non ci sono i soldi è l'espressione ormai abusata» da chi governa la Regione, «. I soldi di tutti noi però», si sottolinea, «vengono con velocità per finanziare la Pedemontana o il referendum sull'autonomia, consultazione sacrosanta ma che poteva essere finanziata abrogando tutti i vitalizi che la Regione ogni mese paga, senza incidere sul bilancio regionale»

E sono contestate anche le decisioni prese dalla giunta guidata da Zaia: «Si sono unificate le 3 Ulss nell'unica «Scaligera», spiega Firolli, «perché è stato spiegato, le spese diminuiranno.

A noi pare che la Sanità dei cittadini sia diventata in realtà un ragionamento solo economico». Infine per San Bonifacio si chiede che il «Fracastoro», per il quale sono stati spesi circa cento milioni di euro e chiusi i vecchi nosocomi di Cologna Veneta, Soave, Tregnago e San Bonifacio, «continui ad essere il punto di riferimento dell'est».

CHIRURGIA VASCOLARE. I chirughi vascolari sono passati da tre a uno. Nell'elencazione delle carenze dell'ospedale Fracastoro, denunciate sul giornale in occasione dell'incontro di venerdì in sala Barbarani, figurava anche la «mancata attivazione della specialità di chirurgia vascolare». Al contrario, è operativa. La frase si rife-

riva alla passata direzione generale che non aveva accolto l'aspettativa del dottor Gastone Bergamaschi di rendere a questa specialità una propria autonomia, rispetto alla Chirurgia. Il dottor Bergamaschi ha lasciato il Fracastoro a fine 2015, quando la Chirurgia aveva ben tre chirurghi vascolari. L'attività è così proseguita con Laura Invernizzi, ora responsabile dell'unità, e Fabio Simoncini. trasferitosi quest'anno.

Il servizio è garantito dalla sola Invernizzi, sia quello di chirurgia vascolare che endovascolare mini-invasiva; oltre a collaborare con i colleghi di chirurgia generale avendo la dottoressa due specializzazioni, quella di chirurgia generale e vascolare. Pertanto al Fracastoro, proseguono per i pazienti, le visite vascolari, l'ecodoppler e gli interventi.

G.B.

L'ARENA - 30 aprile 2017 - Villafranca

# Laboratorio per analisi urgenti. Lo ospiterà il nuovo ospedale

Un altro tassello verso il completamento dell'ospedale Magalini. Il direttore generale dell'Ulss 9 Scaligera, Pietro Girardi, ha approvato con delibera numero 270 del 30 marzo scorso il progetto esecutivo per l'allestimento del laboratorio d'analisi d'urgenza nel nuovo corpo quintuplo della struttura sanitaria villafranchese.

L'unico che entrerà in funzione nel nosocomio ricostruito dopo l'incendio del 2003, come previsto nel corso della riunione del 16 giugno scorso, convocata negli uffici dell'Area sanità e sociale della Regione. Il laboratorio supporterà infatti l'attività per acuti assegnata al nuovo Magalini dalle schede ospedaliere, in attuazione del progetto di polo a due gambe con l'Orlandi di Bussolengo, dove rimarrà l'area medica. La decisione segue la presa d'atto dell'Ulss, in data 16 marzo, della consegna da parte del commissario straordinario, Antonio Canini, del nuovo stabile completa di certificato di agibilità. E la contestuale constatazione che nel fabbricato, affidato chiavi in mano all'azienda sanitaria provinciale «rimangono da completare, con finiture ed impianti, alcune aree del piano terra, oltre ad approntamenti impiantistici che andranno realizzati da parte della Scaligera, in ragione delle esigenze operativo-funzionali correlate all'attivazione e piena messa a regime dell'intera parte nuova della struttura, come laboratorio analisi d'urgenza, substerilizzazione, anatomia patologica», si legge in delibera.

L'Ulss 9 ha quindi incaricato la ditta Manutencoop, aggiudicataria del servizio di gestione e manutenzione degli impianti per l'energia (cosiddetto «appalto calore») nei presidi ospedalieri ed extraospedalieri dell'ex 22 di Bussolengo della predisposizione del progetto esecutivo. Il contratto che lega l'azienda Scaligera alla società prevede infatti che su richiesta quest'ultima possa predisporre sia questo tipo di progettualità che manutenzioni straordinarie. La realizzazione del laboratorio per un importo di poco inferiore ai 200mila euro sarà a cura dell'impresa, visto che l'allestimento riguarda per lo più interventi da effettuare tenendo conto della rete di impianti già presente e funzionante.

I costi dell'intervento rientrano nel budget di 2 milioni di euro messi a disposizione e fine 2015 dalla Regione con Dgr numero 2076, su cui il Crite (commissione regionale per gli investimenti in tecnologia ed edilizia) ha espresso parere favorevole.

Valeria Zanetti

L'ARENA - 12 maggio 2017 - Borgo Trento

# Sanità, ospedale mamma-bambino: partenza in salita

Grande ospedale, piccolo organico. Il maxi polo materno-infantile di Borgo Trento è a corto di personale, tant'è che quasi un terzo dei posti letto del reparto di Ostetricia non è ancora stato attivato e in Terapia intensiva pediatrica il rapporto tra infermieri e pazienti è di uno a 4, mentre dovrebbe essere di uno a 2.

Parte dei servizi annunciati non ha ancora visto la luce, come l'Unità di Osservazione breve intensiva (Obi) del

Pronto soccorso ginecologico: 6 posti letto, tuttora chiusi, per il monitoraggio di donne in gravidanza con sintomi per cui non è previsto il ricovero.



# Il valore della cura, l'esperienza della Terapia Intensiva Cardiologica di Legnago



"Se vuoi costruire una nave non richiamare prima di tutto la gente che procuri la legna, che prepari gli attrezzi necessari, non distribuire compiti, non organizzare lavoro.

Prima risveglia invece negli uomini la nostalgia del mare lontano e confinato. Appena si sarà svegliata in loro questa sete gli uomini si metteranno subito al lavoro per costruire la nave."

# Antoine de Saint Exupèry

# PERCHÉ PARLARE DEL VALORE **DELLA CURA?**

È sempre più evidente per i professionisti sanitari, l'esigenza di ridefinire il significato e i confini dell'assistenza e della cura nei confronti della persona. In una società che spesso "svaluta" la relazione umana, è difficile mantenere e dare valore all'assistenza e alla cura del paziente, se non si ridefiniscono i valori che la sostengono e se non si colloca il malato al centro.

Accogliere un paziente, la sua malattia il suo contesto familiare, culturale e sociale, presuppone l'occuparsi e il preoccuparsi di relazioni complesse ed emotivamente impegnative.

# "DENTRO" L'AREA CRITICA SUCCEDE CHE ...

Le caratteristiche di criticità, instabilità ed intensività assistenziale che connotano l'area critica, spesso "sequestrano" tempo e spazio alla relazione con il paziente e i familiari.

La cura, in contesti clinici intensivi, viene spesso spesa in abilità e competenze molto tecniche e standardizzate, sminuendo l'identità del singolo paziente.

La letteratura è ricca di informazioni sugli effetti che ha un ricovero in una terapia intensiva, per paziente e familiari. L'evento causa spesso una "frattura" dell'equilibrio domestico e di relazioni familiari, acuito spesso dallo stato di isolamento che un tale ricovero predispone. Spesso, infatti, i familiari devo-

no "recuperare" uno stato di normalità e di relazione con il paziente, interrotta bruscamente dalla malattia del proprio

# LA TERAPIA INTENSIVA APERTA, **UNA SOLUZIONE?**

La terapia intensiva con politica di visita aperta intende un modello organizzativo dove sono abolite le barriere fisiche, temporali e relazionali e promuove la personalizzazione della cura secondo i bisogni del singolo individuo.

Anche il Comitato Nazionale di Bioetica nel 2013 propone una riflessione e un invito a favorire le terapie intensive aperte, riconosce centralmente il paziente e la sua famiglia, e descrive come la separazione fisica imposta dal ricovero possa procurare un ulteriore stato di sofferenza ed insicurezza per malato e familiari.

# LA NOSTRA TERAPIA INTENSIVA CARDIOLOGICA, LE RIFLESSIONI CONDIVISE

Il reparto di Cure Intensive Cardiologiche UCIC, presso l'AULSS 9 Scaligera di Legnago, è una U.O. che da qualche anno si interroga sui "gesti di cura" offerti quotidianamente ai pazienti che assiste. Incoraggiati dalla numerosa letteratura disponibile che offre dati e spunti di cambiamento e, spinti dal bisogno di far emergere il valore della cura, l'Unità Operativa ha condiviso un approccio e un orientamento all'umanizzazione ed all'apertura, culturale e

# di Anna Soffiati

Cordinatore Terapia Intensiva Cardiologica Ospedale di Legnago (Verona)

Corrispondenza: anna.soffiati@aulss9.veneto.it

# **BIBLIOGRAFIA**

- (1) Adani D et al. Ruolo dell'Infermiere Dirigente nell'organizzazione di un servizio di mediazione e accoglienza all'utenza multietnica. Management Infermieristico 2005 - 11(2), 31-35.
- (2) Azzi R e Bambi S. Terapia Intensiva aperta: un'opzione percorribile? Il punto di vista di pazienti, visitatori e operatori sanitari. Assistenza Infermieristica e ricerca, 2009; 28, (2): 89-95.
- (3) Boninsegna C. et al. La presenza dei familiari in terapia intensiva riduce l'ansia dei pazienti e dei loro familiari? Scenario, 2009 26 (1), 20-23.
- (4) Burchardi H Let's open the door! Intensive Care Med. 2002; 28:1371-2.
- (5) Burrai et al. Proprietà psicometriche del Critical Care Family Needs Inventory (CCFNI): la percezione degli infermieri di terapia intensiva rispetto ai bisogni dei familiari dei pazienti. Scenario, 2009;26 (1): 15-19.
- (6) Ciancio B (2005). L'assistenza sanitaria e la diaspora sociale dell'Europa che cambia: gli infermieri e le minoranze etniche si stanno adattando? International Nursing Perspectives; 5(1), 27-32.
- (7) Giannini A. Aprire le Terapie Intensive? Janus 2008; 30: 13-16.
- (8) Giannini A. Open Intensive Care Units: the case in favour, Minerva Anestesiol 2007; 73:299-306.
- (9) Mortari L. e Saiani L. (2013). Gesti e pensieri di cura, Mc Graw Hill.
- (10) Mortari L. (2006) La pratica dell'aver cura. Mondadori.

# **BIBLIOGRAFIA**

(11) Presidenza del Consiglio dei Ministri. Comitato Nazionale di Bioetica (2013). Terapie Intensive "aperte" alle visite dei familiari.

(12) Spito L, Lombardi R (2008). L'ospedale di più culture per una società multietnica. Mondo sanitario; 15(7), 1-4.

(13) Tartaglini D, Geraci S, Piredda M, De Benedictis A (2005). Analisi dei bisogni formativi delle professioni della salute in relazione al fenomeno immigratorio in Italia. International Nursing Perspectives; 5(2), 61-71. fisica, della propria Terapia Intensiva. Il personale ha scelto di offrire un'assistenza orientata al paziente, ai suoi bisogni come persona, ma anche e soprattutto ha imparato a riconoscere e ad accogliere il contesto familiare, come parte integrante della persona ricoverata. Il percorso di cambiamento, ha previsto un lungo periodo di formazione individuale e collettiva a partire dal 2013 che ha coinvolto tutto il personale infermieristico e parte del personale medico dell'UCIC.

Attraverso il confronto con centri di riferimento e momenti di formazione presso le terapie intensive aperte, già avviate da tempo, è stato possibile sperimentare un approccio orientato all'umanizzazione e all'accoglienza del paziente e dei suoi familiari anche nella nostra realtà.

# IL NOSTRO PERCORSO DA VICINO...

Tra il 2014 e il 2015 all'interno di un percorso di formazione sul campo, è stato possibile osservare realtà "aperte" da tempo quali la Terapia intensiva pediatrica e neonatale IRCSS Cà Granda di Milano e la Rianimazione Generale S.G. Bosco di Torino.

Il personale medico e infermieristico ha condiviso con la nostra equipe l'esperienza e il vissuto legati all'apertura e all'umanizzazione delle cure.

Questo ha permesso al nostro gruppo la condivisione e l'elaborazione di un modello di apertura adattato al nostro contesto. Nei primi mesi del 2015, nel periodo di pieno cambiamento, attraverso uno studio descrittivo osservazionale, sono state indagate le percezioni di pazienti, familiari ed operatori UCIC rispetto alla recente apertura della terapia intensiva. Per farlo è stato somministrato un questionario validato in letteratura, ma riadattato al contesto e agli items da indagare.

I risultati dell'indagine, coerenti con il momento di cambiamento, hanno confermato che l'apertura e l'orientamento intrapresi sono appaganti per tutti i protagonisti coinvolti, nonostante la consapevolezza che il percorso va costruito e presidiato nel tempo.

### COSA ABBIAMO FATTO

Alcune tra le modifiche effettuate sono state: revisione degli orari di visita, definizione dell'ingresso in UCIC ai bambini, organizzazione di colloqui medico-infermieristici integrati per una presa in carico condivisa e centrata sul singolo caso.

Parallelamente a ciò, è stata favorita la revisione del livello di invasività e intensività quando non strettamente necessario. Ancora, è stato monitorato l'impatto in termini di infezioni di una cura intensiva aperta, aderendo al progetto nazionale di sorveglianza attiva prospettica delle infezioni nosocomiali nelle Unità di Terapia Intensiva (SPIN-U-TI). Le infezioni nell' Unità Operativa UCIC di Legnago hanno una incidenza molto bassa (5,5/100 pazienti) e non sono aumentate con l'adozione del modello "aperto".

É stata eliminata la vestizione prima delle visite, e ai parenti viene chiesto solo di lavare le mani con il gel idroalcolico. Questa misura da sola riduce in modo significativo la trasmissione delle infezioni all'ingresso e in uscita dalla Terapia intensiva.

All'esterno del reparto, è stato dedicato un angolo ai familiari in sala d' attesa, con informazioni sulla "vision" del reparto, sulla composizione dell'equipe, è stata messa a disposizione dei visitatori la brochure informativa, e un diario narrativo in cui lasciare pensieri e dediche al personale, al proprio caro o a sé stessi, condividendo così il vissuto e offrendo un feed back all'equipe.



# NON SOLO CAMBIAMENTI ORGANIZZATIVI, ANCHE RIFLESSIONE CRITICA SULL'ESPERIENZA

Secondo i dati dell'Osservatorio sull'immigrazione della Regione gli stranieri in Veneto sono attualmente circa 511.558, pari al 10,4 per cento dei 4,9 milioni abitanti della regione.

Rappresentano il 22-25% per cento dei nuovi nati, il 15% degli adolescenti, il 13% della popolazione scolastica: una popolazione giovane.

Nel territorio veronese si concentra il maggior numero di presenze straniere, facendo di Verona la prima provincia veneta. I principali paesi di provenienza degli immigrati che vivono in Veneto sono la Romania (116 mila circa), il Marocco (53 mila) l'Albania (40mila), la Moldavia (39.000), la Cina (32.500), poi Sri Lanka/India e ultimamente anche il Medio Oriente e altri paesi del Magreb.

Gli immigrati in Veneto ricorrono più frequentemente alle cure del Pronto soccorso ma accettano meno il ricovero ospedaliero. Pur essendo, come affermato precedentemente, una "popolazione giovane" cominciano presentarsi nei presidi sanitari anche immigrati di seconda generazione o ricongiungimenti parentali (genitori anziani che vengono a raggiungere i figli, ed in alcuni casi, proprio in occasione di patologie rilevate nei paesi di origine). Se i giovani hanno meno problemi di tipo linguistico e culturale, tali problematiche esplodono qualora si abbiano a gestire i soggetti più anziani.

In questo caso la presenza dei figli-giovani spesso non aiuta: il loro rispetto verso i genitori, si traduce in una richiesta più attenta e talora pressante di mantenere abitudini e riti dei paesi, delle culture e religioni d'origine. In tal caso La sofferenza e la malattia rendono ancora più incomprensibili parole e gesti di una cultura che non è la nostra.

### APRIRE LE PORTE NON BASTA...

Aprire le porte, per quanto difficile, non è più sufficiente. Oggi, anche nella nostra realtà, la presenza di pazienti provenienti da paesi diversi ci impone di aprire la mente a culture, abitudini, usanze e credi diversi.

Recentemente, in ambito sanitario, abbiamo dovuto affrontare altre problematiche ancora più sensibili, come quelle connesse alla comunicazione medico-paziente, al ruolo della famiglia allargata del paziente, e al momento del fine vita.

Nel 2016, prendendo spunto da un evento critico legato al momento del fine vita, è stata condotta un'analisi qualitativa, tramite "focus group" sulla tematica della multiculturalità e del fine vita in un contesto aperto coinvolgendo l'equipe infermieristica e in parte medica dell'UCIC. L'indagine, articolata in 8 domande, ha permesso di fotografare il livello di cambiamento/apertura raggiunto, identificare gli ostacoli culturali ancora presenti, e condividere con il gruppo strategie di mantenimento e rinforzo delle situazioni critiche.

La morte avviene raramente nel proprio letto di casa, ma in sale di ospedali dove la tecnologia (monitor, apparecchi per assistenza cardiaca e respiratoria) convincono che tutto sia curabile. In tali luoghi inoltre la malattia e la morte vengono private dei rituali di un tempo: la presenza di parenti, amici, di bambini e vicini, delle cerimonie religiose, e infine delle espressioni di lutto. Medici ed Infermieri regolano loro i rapporti del paziente con il gruppo familiare e si aspettano dai familiari una commozione contenuta e tale da non disturbare la tranquillità del reparto

ospedaliero. Medici ed Infermieri regolano loro i rapporti del paziente con il gruppo familiare e si aspettano dai familiari una commozione contenuta e tale da non disturbare la tranquillità del reparto ospedaliero.

Questo è tanto più problematico quando il paziente appartiene a quelle comunità (rom, islamici, e alcune realtà del nostro paese) dove ancora esiste una rete familiare ampia, forte e coesa.

### É NECESSARIO ANCHE...

Particolarmente importante è in questi casi la gestione del contesto familiare e far capire che la presenza costante di ogni elemento del gruppo non è necessaria. I parenti devono trovare il modo di vivere la quotidianità e poter riposare senza che venga meno la consapevolezza di aver fatto tutto quello che era possibile fare.

L'educazione universitaria infermieristica e ancor di più medica, focalizzano l'interesse di studio sulla malattia, non sul malato che ha la malattia.

Non sulla morte, in quanto essa è fine della malattia. Il fine vita finisce quindi per avere poco interesse sia fisio-patologico sia emozionale.

É giusto che i bambini siano portati a vedere un morente? O che degli adolescenti si fermino per ore al capezzale del nonno in un ambiente di cura intensivo? Da qui, nuovi scenari si sono proposti come spunto di riflessione, quali il fine vita, l'accoglienza e la conoscenza delle diverse culture e religioni, al fine di avvicinare il più possibile la diversità e far emergere il valore della singola persona. Questo processo di cambiamento, tutt'ora presidiato, ha favorito un livello di consapevolezza e di conoscenza del proprio valore e grado di motivazione di ciascun professionista sanitario. Ma tale progetto di umanizzazione è stato soprattutto occasione di

ridefinire il vero significato di cura in terapia intensiva per paziente, familiari e operatori.

### LA CURA, ALCUNE CONSIDERAZIONI

La cura in letteratura è definita come una pratica che ha luogo in una relazione in cui qualcuno si prende a cuore un 'altra persona dedicandosi, attraverso azioni cognitive, affettive, materiali, sociali, e politiche, alla promozione di una buona qualità della sua esistenza.

Da qui il concetto che la cura è sempre di natura relazionale, nel senso che l'aver cura accade sempre in una relazione. Per la teoria della cura, l'assunzione di base è costituita da una visione relazionale della vita in cui tutto è interconnesso, dove l'esistenza prende la sua forma dalle relazioni che il singolo vive, unico modo di alimentare il proprio essere (Mortari L. 2006).

Ciò che motiva ad aver cura è promuovere il benessere dell'altro e la sua valorizzazione. Il conseguimento di questo obiettivo richiede che si sappia mettere da parte la propria cornice di riferimento, perché abbiamo cura quando prendiamo in considerazione il punto di vista dell'altro (Noddings, 1984).

La cura infermieristica, articolata in cure dirette, rivolte al paziente, e cure indirette rivolte al contesto relazionale, organizzativo e fisico. La cura nei confronti dell'ambiente affettivo del paziente, giustifica l'importanza, nel decorso della malattia, degli scambi relazionali con le persone che occupano un ruolo significativo nel mondo del paziente. (Mortari, Saiani 2013). Caring è un'attività che richiede "pensiero, sentimento e azione" (Benner e Wrubel, 1989). In linea con quanto richiamato dalla letteratura, la percezione di cura e presa in carico nella nostra UCIC ha assunto nuovi e più sfumati confini, più vicini alla realtà del paziente e al suo vissuto di malattia. In questo viaggio, ha avuto ed ha un grande significato ritrovare ogni giorno, come operatori sanitari, il valore e la bellezza di un gesto di accoglienza che ci riporta a una dimensione umana e talvolta invisibile della cura, che traduce però tutto in possibilità e ritrova il senso di prendersi cura di noi. Di fatto non esistono modelli esportabili in toto, ma ogni realtà deve graduare e commisurare il progetto alle proprie strutture ed organizzazione.

É però opportuno che già nei corsi di laurea, sia medico che infermieristico, si contemplino dei momenti in cui possano essere affrontate tali problematiche, in ambito sanitario l'edilizia sanitaria dovrà, in futuro prevedere strutture idonee a favorire la presenza di familiari e di persone con diverse culture.

L' "apertura" non deve significare assenza di regole ma capacità di comunicare ad ampio raggio.

Una competenza di tipo sociale ed assistenziale oltre che tecnica permette di agire sul paziente e sui familiari toccando tasti e corde che appartengono alla loro vita e alla loro realtà.

L' apertura, a questo punto, deve essere di natura culturale e andare oltre l'apertura strutturale dei reparti, pur necessaria. Una mente aperta apre anche le porte chiuse. Non è vero il contrario: le porte possono essere aperte e nonostante ciò si può comunque avere la sensazione di non essere accolti.

Un'apertura culturale può produrre un ruolo di fattiva collaborazione del familiare verso il paziente e l'equipe che lo ha in cura. La presenza dei parenti può essere di grande valore nel potenziare i risultati delle terapie farmacologiche e ad aumentare l'autonomia del paziente a vantaggio dello stesso, ma anche del lavoro di medici ed infermieri.



# Infermiere e libera professione

Libera professione, lavorare in forma individuale o associata, cosa: gli adempimenti in sintesi.

### LIBERA PROFESSIONE COME

La libera professione può essere esercitata in forma individuale o associata. La scelta può essere determinata da vari fattori e aspetti: l'attitudine di lavorare singolarmente o in gruppo, la tendenza a scegliere la tipologia delle attività da solo o la voglia di condividerla, l'esigenza di avere un rapporto diretto one-to-one col cliente.

Lavorare da soli implica, anche se questa definizione non è da tutti accettata, essere imprenditore di sé stessi a 360 gradi, scegliersi la tipologia dei clienti, gli orari di lavoro, ricercarsi personalmente la clientela e farsi carico totale di tutti gli adempimenti fiscali, assicurativi. Il professionista, nel momento in cui assume gli incarichi, della sua effettiva capacità, deve inoltre considerare di affrontarli sia dal punto di vista della competenza professionale (come dettata dal Codice Deontologico) che da quello dell'accumulo di impegni professionali (vedi Linee guida comportamentali per l'esercizio autonomo della professione infermieristica).

Lavorare in gruppo consente il confronto con altri professionisti, la ripartizione delle spese e la possibilità di avere una forza contrattuale maggiore soprattutto quando ci si rapporta con enti o aziende. Rispetto all'esercizio individuale, i vantaggi sono di natura gestionale, di marketing, di natura fiscale ed amministrativi. Lo svantaggio è rischio di essere limitati nell'espressione individuale, tipica dell'esercizio autonomo.

Infine, non è da sottovalutare la responsabilità solidale: pur rimanendo personale la responsabilità professionale (se non stabilito diversamente dallo statuto

dell'associazione), tutti i soci sono chiamati a rispondere sotto il profilo amministrativo, non solo per il proprio operato, ma anche di quello di tutti gli altri.

# ADEMPIMENTI E DINTORNI Iscrizione all'albo professionale

Come tutti i professionisti che vogliono esercitare la nostra professione occorre l'obbligo di essere iscritti al Collegio IPASVI del capoluogo di provincia dove si è residenti o dove esiste il domicilio professionale.

Tutte le informazioni a riguardo si trovano sul sito del Collegio:

www.ipasviverona.com.

### Apertura partiva IVA

Per l'apertura della partita IVA si deve utilizzare un apposito modello recuperabile presso qualsiasi ufficio dell'Agenzia delle Entrate o scaricabile dal sito dell'Agenzia stessa

# (www.agenziaentrate.gov.it).

Il modello deve essere presentato all'Agenzia entro 30 giorni dall'inizio dell'attività. L'apertura della Partita IVA può avere valore retroattivo al primo giorno del mese in cui si è aperta.

Esistono varie tipologie di partita IVA, ordinaria, per l'imprenditoria giovanile ecc. Il consiglio è quello di affidarsi ad un professionista del settore per avere delucidazioni in merito, per sapere quali sono gli obblighi e gli esoneri fiscali, per tenersi aggiornati su una normativa che è in continua evoluzione e modificazione.

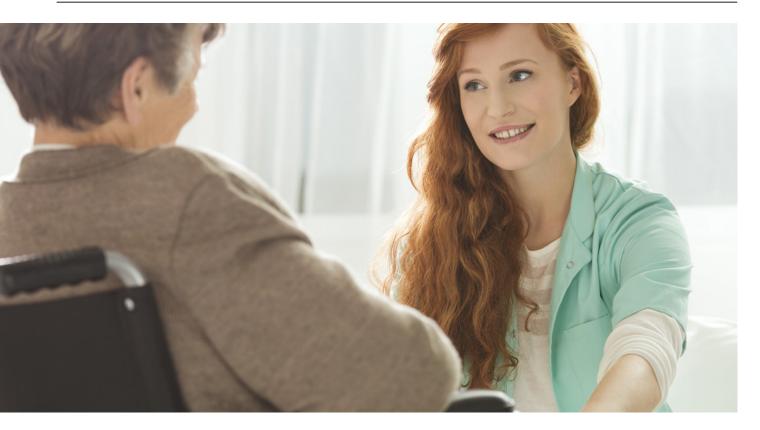
### Comunicazione al Collegio di Inizio Attività

L'infermiere deve notificare al Collegio provinciale dove è iscritto l'inizio dell'attività professionale entro 30 giorni trasmettendo l'apposito modulo.

### di Enrico Marcotto

Referente Libera professione Collegio ipasvi Verona

Corrispondenza: enricomarcotto@gmail.com



Il modulo di censimento del Collegio di Verona si può scaricare dal sito del Collegio, nella sezione Libera Professione. Poiché il Collegio deve tenere aggiornato l'elenco dei liberi professionisti va comunicata anche la cessazione dell'attività libero professionale.

# Iscrizione all'Ente Nazionale di Previdenza e Assistenza della Professione Infermieristica (ENPAPI)

I liberi professionisti devono versare i contributi all'Ente di Previdenza.

Questi contributi previdenziali andranno a costituire il fondo su cui, a fine carriera, andrà calcolata la prestazione previdenziale, cioè la pensione.

Dal sito Enpapi (www.enpapi.it) si può scaricare il modulo di iscrizione che va compilato e spedito con la documentazione richiesta per via raccomandata AR all'Ente stesso.

Il contributo soggettivo per i redditi conseguiti nell'anno 2017 sarà pari al 16%

del reddito professionale netto, mentre il contributo integrativo sarà del 2% del volume d'affari se il committente si identifica come Pubblica Amministrazione, del 4% in tutti gli altri casi.

Per agevolare l'inserimento nel mondo del lavoro libero professionale Enpapi applica su richiesta del professionista una riduzione/esonero della contribuzione (vedi Domanda di Iscrizione ad Enpapi).

# Copertura Assicurativa

É d'obbligo per chi esercita libera professione stipulare un'assicurazione di responsabilità civile verso terzi in modo da tutelare il professionista dal dovere risarcire in proprio il cliente che abbia accidentalmente subito dei danni a causa di prestazioni erogate dal professionista stesso. Inoltre è opportuno stipulare un'assicurazione per gli infortuni professionali. Esistono inoltre polizze di "Re-

sponsabilità Civile patrimoniale" per la copertura dei Dirigenti infermieristici e Coordinatori.

### PEC

La legge n. 2 del 28 gennaio 2009 (Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 29 novembre 2008, n. 185, recante misure urgenti per il sostegno a famiglie, lavoro, occupazione e impresa e per ridisegnare in funzione anti-crisi il quadro strategico nazionale) ha reso obbligatorio per tutti i Professionisti iscritti all'Albo dotarsi di un proprio indirizzo di Posta Elettronica Certificata. Essa costituisce un nuovo sistema attraverso il quale è possibile inviare e-mail con valore legale equiparato ad una raccomandata con ricevuta di ritorno, agevolando il rapporto con la Pubblica Amministrazione. Enpapi fornisce gratuitamente la PEC ai propri

La Centrale Operativa Territoriale un'esperienza in divenire, un valore aggiunto per il sistema e il cittadino, un'opportunità per le professioni sanitarie.



La Centrale Operativa Territoriale (COT) quale strumento a supporto dei percorsi di cura: elemento cardine dell'organizzazione territoriale strutturato per svolgere una funzione di supervisione e coordinamento della presa in carico dell'utente "protetto" e di raccordo fra i soggetti della rete assistenziale.

# LE RAGIONI DELLA CENTRALE OPERATIVA TERRITORIALE (COT)

La crescente necessità di dare risposte ai bisogni generati da malattie croniche invalidanti, garantendo continuità nei punti di transizione tra setting di cura, impone lo sviluppo e il monitoraggio di percorsi integrati al fine di poter erogare prestazioni socio-sanitarie idonee, sicure ed efficaci a soddisfare i bisogni del malato. In quest'ottica la Regione Veneto, con DGR 2271 del 2013 in attuazione della LR 23 del 2012 - Piano Socio Sanitario 2012-2016, ha inserito nelle linee guida per l'organizzazione dei distretti socio-sanitari, la Centrale Operativa Territoriale (COT) quale strumento a supporto dei percorsi di cura.

Nella norma viene esplicitato come la COT debba rappresentare l'elemento cardine dell'organizzazione territoriale strutturandosi per svolgere una funzione di supervisione e coordinamento della presa in carico dell'utente "protetto" e di raccordo fra i soggetti della rete assistenziale. Secondo la Regione, infatti, la COT rappresenta lo strumento di raccolta e classificazione del problema/bisogno espresso, di attivazione delle risorse più appropriate, di programmazione e pianificazione degli interventi attivando i soggetti della rete assistenziale, tutelando le transizioni da un luogo di cura all'altro o da un livello clinico/assistenziale all'altro. (DGR 2271/2013) La scelta Regionale, innovativa per alcuni aspetti, ha punti di forza e ambiti che necessitano ancora di essere ulteriormente sviluppati. Un punto di forza riguarda certa-

mente il riconoscimento del ruolo delle professioni sanitarie. Fin dalla sua istituzione sia la normativa che le successive circolari attuative e le scelte aziendali hanno in qualche modo riconosciuto come fondamentale il ruolo, all'interno di queste strutture, delle professioni sanitarie, in particolare di quella infermieristica, per esempio dando indicazione di assegnarne la responsabilità ad un professionista con laurea magistrale di cui alla L. 251/2000. Altro punto di forza è stata la forte volontà di far partire, in modo omogeneo, su tutto il territorio regionale questa realtà ponendo l'attivazione e lo sviluppo delle COT tra gli obiettivi assegnati ai Direttori Generali per gli anni 2014, 2015 e 2016. Realizzando azioni di tutoring con le Aziende Sanitarie, affinché, pur nel rispetto delle singole peculiarità aziendali, si sviluppasse un'idea comune di Centrale Operativa Territoriale. Nel 2016 è stato poi attuata una formazione specifica dei responsabili delle COT con un "progetto formativo di alto livello" (DGR 463/2016) di 10 giornate. Oggi tutte le allora 21 Aziende territoriali del Veneto hanno istituito una Centrale Operativa Territoriale e assegnato alla stessa alcune funzioni all'interno dei processi di continuità assistenziale.

Una sfida ulteriore è arrivata dalla legge regionale n. 19 del 25 ottobre 2016 che ha portato all'unificazione delle ULSS e che sta chiedendo alle COT, che sono confluite nella stessa Azienda, di portare avanti percorsi di integrazione dei processi interni. L'Unificazione e la riorganizzazione interna delle Aziende

di Nicola Zanetti 1, Paola Beltrame<sup>2</sup>, Aldo Zattarin<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Responsabile Centrale Operativa Territoriale di Verona, <sup>2</sup>Responsabile Centrale Operativa Territoriale di Bussolengo, <sup>3</sup>Responsabile Centrale Operativa Territoriale di Legnago

Corrispondenza: nzanetti@aulss9.veneto.it pbeltrame@aulss9.veneto.it aldo.zattarin@aulss9.veneto.it

# **BIBLIOGRAFIA**

(1) D.g.r. 463/2016, 19 aprile 2016, Progetto formativo di alto livello per Responsabili della Centrale Operativa Territoriale (DGR n. 2271/2013)"

(2) Ghiotto, M.C., Boscolo Camiletto, S., Pasqual, S., Rizzato, E., Mantoan, D. (2016) Centrale operativa territoriale come centrale della continuità: l'esperienza nella Regione Veneto. Politiche Sanitarie, vol.17, 2, 105-117

(3) D.g.r. 2271/2013, 10 dicembre 2013, Nuove disposizioni in tema di Organizzazione delle Aziende Ulss e Ospedaliere. Linee guida per la predisposizione del nuovo atto aziendale, per l'organizzazione del Dipartimento di prevenzione e per l'organizzazione del Distretto sociosanitario, art. 3, c. 1 bis e art. 7 bis, c. 1 del d.lgs. 502/1992 e s.m.i. I.r. 29 giugno 2012, n. 23, Bur n. 115 del 27 dicembre 2013.

sanitarie dovrà necessariamente ridefinire alcuni aspetti sul ruolo e sulla collocazione delle Centrali Operative Territoriali all'interno dei percorsi ci cura.

### L'ESPERIENZA DELLE TRE CENTRALI OPERATIVE TERRITORIALI DELL'AULSS 9

Nell'AULSS 9 le sedi delle Centrali Operative Territoriali sono 3, rispettivamente delle tre ex ULSS (ULSS 22 Bussolengo, ULSS 21 Legnago e ULSS 20 Verona) che oggi costituiscono l'AULSS 9 Scaligera.

Le tre Centrali Operative Territoriali sono oggi impegnate su due fronti: monitoraggio supervisione dei percorsi di cure dei pazienti, analisi e ri-organizzazione dei servizi.

Rispetto al primo aspetto, relativo ai percorsi di cura dei pazienti, oggi le tre COT:

- presidiano e si fanno carico della continuità delle cure e dei percorsi clinico-assistenziali dei pazienti attraverso il monitoraggio delle transazioni protette dall'ospedale al territorio;
- eseguono la presa in carico delle situazioni difficili al fine di attivare le risorse necessarie all'inserimento dell'utente nel percorso di cura più adatto ai suoi bisogni;
- sono a disposizione per fornire informazioni sui servizi attivabili sul territorio, in funzione di specifici bisogni dell'utente, o ad aiutare chi ha in carico un paziente ad avere, nel rispetto della privacy, tutte le informazioni necessarie ad una corretta pianificazione del percorso di cura (avendo la possibilità di accesso a diversi data base aziendali);
- producono report su specifici indicatori per il monitoraggio dell'attività e delle non conformità da condividere nei tavoli di lavoro.

In quest'ambito la Centrale Operativa

Territoriale ha come principale obiettivo quello di fare in modo che ogni paziente, in funzione dei propri bisogni, sia inserito nel percorso assistenziale corretto, nell'ottica del "care management".

Operativamente ognuna delle tre COT ha propri strumenti interni, che permettono di monitorare e valutare le dimissioni protette dagli ospedali di riferimento, ove necessario intervenendo per sostenere e in alcuni casi farsi carico di dirimere un percorso personalizzato, affinché vi possa essere una corretta presa in carico da parte della centrale ADI. Le COT si prendono carico anche, per alcune situazioni, di valutare e attuare alternative alla dimissione a domicilio. In alcuni dei distretti dell'AULSS 9 la centrale operativa ha la gestione diretta di alcuni posti letto di residenzialità temporanea nell'ottica di una presa in carico propedeutica al rientro a domicilio.

Rispetto al secondo aspetto, analisi e ri-organizzazione dei servizi, le COT partecipano, nell'ambito dei percorsi di continuità delle cure, alle verifiche dei processi e all'implementazione delle azioni di miglioramento, allo sviluppo di nuovi percorsi e al miglioramento del dialogo tra le unità di offerta che compongono la rete delle cure socio sanitarie. L'obiettivo è garantire fluidità nei percorsi di cura favorendo una buona organizzazione dei servizi e la comunicazione tra gli operatori.

Su questo fronte le tre centrali operative collaborano su diversi progetti tra i auali:

# Convergenza e sviluppo di modalità uniche per la presa in carico dei pazienti in Cure Domiciliari dimessi dagli ospedali

Un tavolo di lavoro composto dai tre responsabili delle Centrali Operative Territoriali dell'AULSS 9, con il coinvolgimento di medici e infermieri delle cure domiciliari, sta lavorando con l'obiettivi di:

- identificare soluzioni condivise e trasversali su specifiche problematiche operative, per garantire dei percorsi uniformi ospedale/ territorio nella dimissione protetta dei pazienti "fragili" su tutto il territorio dell'AULSS 9 Scaligera;
- definire e redigere strumenti utili alle strutture ospedaliere per l'attivazione dei percorsi di cure domiciliari.

Partendo da un lavoro già fatto dai distretti 1 e 2 (ex Ulss 20) sono stati identificati, approfonditi e condivisi i percorsi assistenziali più frequenti. Le schede che sintetizzano questi percorsi e le relative modalità operative per la loro attivazione potranno, prossimante, essere consultate da tutti gli operatori sanitari coinvolti nella dimissione protetta al fine di favorire corrette e uniformi modalità di presa in carico nel passaggio ospedale-territorio. Sono state redatte, e saranno divulgate, anche le istruzioni per i famigliari.

I 10 percorsi assistenziali ad oggi in corso di redazione vanno dalla richiesta di presidi al trattamento dei pazienti con lesioni da pressione, medicazioni, drenaggi ed ulcere vascolari, all'attivazione della Nutrizione Enterale e Parenterale alla somministrazione a domicilio di farmaci ad uso ospedaliero.

# Miglioramento e sviluppo della continuità assistenziale Ospedale—Territorio.

L'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona (AOUI) è il principale partner, per questa ULSS nella gestione in regime di ricovero dei pazienti fragili, che poi proseguono il un percorso terapeutico riabilitativo a domicilio. Negli ultimi anni si è reso necessario

quindi strutturare, tra ex ULSS 20 e Azienda Ospedaliera Universitaria



Integrata di Verona, percorsi di continuità assistenziale che siano condivisi, percorsi oggi già operativi. Al fine di migliorare e sostenere questi percorsi è stato istituito, nell'aprile del 2016, un tavolo di lavoro interaziendale AOUI – ex ULSS20 che poi ha visto, con il primo semestre 2017, il coinvolgimento anche dei distretti 3 e 4 (ex ULSS 21 e ULSS 22) sempre nell'ottica di sviluppare percorsi uniformi nelle modalità di transizione, in questo caso, tra AOUI e Territorio.

Il tavolo, che ha incontri con cadenza media mensili, ha come obiettivi:

- migliorare e perfezionamento gli strumenti informatici di interfaccia AOUI Territorio, oggi usati per le dimissioni protette;
- migliorare i processi per la gestione delle dimissioni difficili, in particolare verso le cure domiciliari;
- migliorare la comunicazione tra le due Aziende (AOUI e AULSS
   9) in ambito di continuità assistenziale ospedale-territorio.

Da giugno di quest'anno è stato avviato un secondo gruppo di lavoro, specifico per la transizione ospedale territorio dei bambini problematici, con l'area Pediatria dell'Azienda Ospedaliera di Verona.

# Sviluppo e convergenza dei processi interni delle tre Centrali Operative Territoriali

Nel marzo 2016 è stato istituito, anche su spinta dei competenti uffici Regionali, un tavolo di lavoro costituito dai responsabili delle 3 Centrali Operative Territoriali, il tavolo si è dato, per il 2016/2017, i sequenti obiettivi:

- analisi dell'attuale assetto organizzativo delle 3 Centrali Operative Territoriali e confronto su possibili linee di sviluppo comuni;
- analisi dei processi di erogazione delle Cure Domiciliari e delle Cure Intermedie, delle rispettive Azienda ULSS e confronto su possibili convergenze organizzative.

Nel 2016 il gruppo di lavoro ha lavorato sui seguenti progetti:

- avvio di un unico strumento di comunicazione delle dimissioni protette dall'ospedale al territorio per le tre aziende ULSS della provincia di Verona;
- analisi e confronto dei sistemi in formativi delle 3 Aziende ULSS;
- formazione unica degli operatori delle tre Centrali Operative Territoriali.

Le attività sopra elencate proseguono anche nel 2017.

### Oggi...

Le Centrali Operative Territoriali dell'AU-LSS 9, a parere di chi scrive, sono oggi una reale opportunità per avviare, ma sopra tutto sostenere, percorsi di sviluppo e miglioramento della continuità dell'assistenza all'interno dell'Azienda, certo siamo solo all'inizio.

Nel futuro prossimo c'è bisogno di portare a conclusione quanto oggi avviato e rafforzare il ruolo delle COT nella rete

delle cure. Si ritiene importante persequire l'obiettivo di sviluppare ulteriormente il dialogo ospedale-territorio mettendo assieme tutte le realtà territoriali con tutte le realtà ospedale compresi i privati accrediti. Inoltre crediamo siano oramai maturi i tempi per sviluppare la continuità delle cure su percorsi oggi poco presidiati come le transizioni dalla residenzialità territoriale all'ospedale. Una riflessione poi andrà fatta sulle risorse umane. Il successo di un progetto dipende anche dalle persone che lo portano avanti. Sarà necessario arrivare ad una riflessione sul profilo delle competenze necessarie per gli operatori delle COT, in particolare per la figura dell'infermiere, che oggi compone la maggioranza del personale che opera in COT. Capacità di avere una visione complessiva del sistema, ampia conoscenza delle offerte aziendali e dei servizi forniti da partner esterni o da altri enti, capacità di gestire le dinamiche comunicative interprofessionali, lavorare per obiettivi ed intraprendenza nelle situazioni sono doti e conoscenze che non sempre o non tutte fanno parte del bagaglio infermieristico, vanno sviluppate all'interno dei gruppi di lavoro con un percorso definito a priori.

In questo periodo di grande cambiamento per la Sanità Veneta le Centrali Operative Territoriali dell'Azienda ULSS 9 sono fortemente motivate ad essere attori protagonisti nel percorso di riorganizzazione della nostra Azienda.



# Vivere con la sclerosi multipla, la storia di Stefano

# a cura della REDAZIONE

Il dramma, la paura, la rabbia, la forza di ripartire dopo la Sclerosi. E il successo, di vita, prima ancora che editoriale.

Nel mondo le persone affette da sclerosi multipla sono circa 2,5 – 3 milioni: 600.000 in Europa e 110.000 in Italia.

É una malattia neurodegenerativa demielinizzante in cui vi è una distruzione della mielina, sostanza che avvolge le fibre nervose proteggendole: a determinarla è una reazione del sistema immunitario che scatena un processo infiammatorio. La sua funzione è assicurare la trasmissione degli impulsi nervosi in tutto il corpo permettendo così lo svolgimento di tutte le funzioni, mangiare, guardare, camminare, correre ecc.

I sintomi con cui può presentarsi questa malattia sono diversi, fatica, debolezza, disturbi visivi, disturbi della sensibilità. Le cause non sono del tutto conosciute ma i passi compiuti negli ultimi anni dalla ricerca scientifica consentono di fare una diagnosi e di definire un trattamento precocemente favorendo così, in chi ne è affetto, il mantenimento di una buona qualità di vita per molti anni.

Può manifestarsi a tutte le età ma viene diagnosticata per la maggioranza dei casi tra i 20 e i 40 anni e sono in genere le donne a esserne più colpite. Per la sua frequenza è la seconda malattia neurologica dei giovani adulti.



Stefano Pieropan, per gli amici PITER è uno di loro.

### I sintomi ...

"I primi sintomi si manifestarono, proprio in questo periodo 10 anni fa nel 2007! Avevo 23 anni. Il 2 aprile era un lunedì qualsiasi, di quel periodo.

In quegli anni facevo l'operatore socio sanitario in un a C.T.R.P (Comunità Terapeutica Residenziale Protetta), smontante notte mi accorsi che qualcosa in me non andava ... Dopo un riposino per recuperare dal turno mi sentii pesante come non mai, alle gambe e alle braccia a destra. Ma non ci diedi peso più di tanto per il fatto che era un pe

riodo molto intenso a livello lavorativo e non solo.

La pesantezza non voleva andarsene provocandomi delle difficoltà nel muovere il braccio destro, all'inizio sembrava insensibile per poi quasi non sentirlo più. Il disturbo prendendo anche la gamba destra comprometteva il camminare, facevo fatica a fare le scale. Le prime notti furono molto tormentate, pesanti, irrequiete non trovando pace nemmeno da disteso. Il fisico rispondeva a modo suo. Mi sentivo rigido, quasi una parte se ne fosse andata chissà dove, lasciando l'altra indifesa... non mi era mai successo prima e non sapendo che fare, restavo spesso fermo, cercando di chiudere gli occhi e pensando a qualcosa per sviare quella sensazione lasciandomi "assalire dalle formiche"

Mi formicolava tutto. Come avere delle formiche che ti camminano sul corpo e non riesci a togliertele. Che fastidio.

Camminavo quasi zoppicando, la mamma si accorse, essendo stata infermiera si preoccupò. Il braccio destro non rispondeva quasi più, la gamba destra era come immobile.

Il formicolio si era esteso sul viso..., una cosa insopportabile, mi veniva da grattarmi ma non succedeva niente. Quello fu il momento in cui iniziai con le visite. Al Pronto soccorso mi diedero delle gocce pensando ad una forma di stress, mi mandarono a casa dicendomi che sarebbe passato tutto, a breve.

Il giorno dopo, il 5 aprile, andai d'urgenza a fare una visita in neurologia. Li fortuna volle, trovai un dottore che capii e intuì la sintomatologia e mi prescrisse esami e una cura da fare, 10 giorni di flebo di cortisone per sfiammare l'evento acuto.

Dopo la terapia di cortisone, varie risonanze magnetiche, trovarono un'infiammazione cerebrale ma non mi dissero altro...

Feci altri esami, potenziali evocati visivi-acustici- motori, prelievo del liquor ma dopo ogni esame e mille domande i dottori non si pronunciavano ancora, tenendomi così sulle spine..."

### A un certo punto la diagnosi . . .

"Dopo 2 mesi grazie alle terapie i sintomi che si erano impossessati della parte destra del mio corpo sembrava se ne stessero andando, e così più di tanto non ero preoccupato. Pensavo che fosse stato un virus o qualcosa del genere a provocare tutto questo pandemonio lavece.

Il 5 giugno andai ad una visita dalla dottoressa che mi aveva preso in cura e, molto schietta, mi disse che avevo una forma di Sclerosi Multipla...!

Li per lì mi crollò tutto!

Il pensiero che non fosse stato niente si frantumò come uno specchio, in mille pezzi e si scontrava con il fatto che mi sentivo molto meglio, una altra botta fu che questa patologia grazie al lavoro che svolgevo l'avevo già riscontrata in alcun miei pazienti."

### E da quel momento . . .

"Vidi impressa dentro di me un' immagine, IO SU UNA CARROZZINA!

E in quel momento i sogni, i progetti personali, le passioni li vidi scomparire. Non sarebbe stato più lo stesso, non sarei più riuscito a coltivare passioni, sogni. Le sicurezze e certezze vacillarono e scomparvero all'istante.

Furono anni di lotta interiore, volevo gestirla, viverla e combatterla da solo...

Volevo tornare come prima e fare le cose che facevo prima nella vita e non solo: sport e passioni. Ma non ci riuscivo, era frustante vedere i propri limiti, anche nel compiere azioni semplici. Non chiedevo aiuto, volevo arrangiarmi, per non far soffrire e dare peso alle persone vicino a me. Questa dinamica fece sì che, a poco a poco mi isolai da tutto e tutti. Non riuscivo a parlare di quel che vivevo e provavo, né agli amici più stretti né alla mia famiglia. Ci misi 4 anni a capire come conviverci e a gestire le difficoltà e limiti che questa "Ombra" porta sul tuo cammino."

### Poi invece ...

"Nel 2011 fu una mia amica psicologa, vedendomi spegnere a poco a poco, mi "costrinse" a delle chiacchierate con lei in modo molto informale, al bar o facendo due passi assieme. Con lei capii che piano piano dovevo Ri-conoscermi. Dovevo capire chi ero, ora.

Cosa potevo fare da solo e in cosa chiedere aiuto.

Sforzarmi a parlare di cosa stavo vivendo, cercando di coltivare lo stesso le mie passioni; il calcio e lo scrivere che potevano essermi molto di aiuto e cosi, piano piano ho fatto. Anche se è stato, ed è tutt'ora un bel percorso interiore...



A calcio ho sempre cercato di andarci, ma dovevo modificare il mio approccio con lo sport; non potendo viverlo più agonisticamente al 100%, iniziai a viverlo come un bambino entusiasta nel calciare un pallone e la gioia che provi nel farlo con i tuoi amici.

La scrittura, prendendo spunto dal consiglio della mia amica, la usai per una "terapia d'urto". Iniziai a scrivere, sotto forma di diario, e per cui ripercorrere tutto quello che avevo vissuto; i primi sintomi, le emozioni contrastanti che vissi, i momenti difficili e della diagnosi fino ai 4 anni di buio... All'inizio fu difficile, pensavo di non averne la forza, poi appena ritrovai la sicurezza nel farlo, le parole uscirono di getto. Fu importante perché sciolsero i blocchi interni che mi ero costruito indicandomi la via che dovevo percorrere."

# Il viaggio ...

"Un altro tassello importante fu quello di risentirmi libero. La libertà lo sempre accostata al viaggiare, conoscere luoghi lontane persone sconosciute per cui...

Nell'estate del 2011 feci un VIAGGIO da solo in Basilicata (a piedi). Prendendo spunto dal film di Rocco Papaleo "Basilicata coast to coast" ripercorsi un tratto visto nel film.

Da Matera a Maratea. Perché la Basilicata? Era una terra, al tempo, a me sconosciuta. Mi ritrovai in lei perché anch'io ero una persona da Ri-scoprire! Fu un viaggio fisico, a piedi, ma soprattutto interiore. Passo dopo passo acquisivo sempre più certezze e sicurezze che non trovavo da anni. Iniziai a parlare della malattia proprio in quei giorni passati a girovagare per la Lucania. Incontrai persone fantastiche che accolsero me e la mia "Ombra" e quando capì che non faceva paura a loro, ebbi la certezza che non dovevo averne paura neanch'io. Durante quel viaggio trovai i segnali e la forza per le risposte che cercavo da tempo. Tornai trasformato da quei passi in solitaria, nei mesi successivi e inizio 2012 continuai a scrivere, nonostante una ricaduta della malattia (per 6 mesi dovetti usare carrozzina e stampelle), perdita di equilibrio."

### I lihri

"Proprio nell'estate del 2012, grazie all'aiuto di due amici Mario Palmieri, attore-regista di teatro e Barbara Berengo, scrittrice mi diedero le forze e coraggio per pubblicare il mio diario, "A SPASSO CON LA...MULTIPLA".

Lo presentammo attraverso uno spettacolo teatrale nell'autunno di quell'anno, in due occasioni a Schio (la mia città) e Bassano del Grappa, avendo un buon riscontro. Queste presentazioni oltre ad un enorme soddisfazione personale mi fecero incontrare tante persone fantastiche e altri ragazzi con la SM.

Entrai in associazione AISM con il gruppo giovani "Barcollo ma non mollo" e da allora siamo in continuo movimento per portare informazione sulla sclerosi multipla; convegni, incontri nelle scuole, serate per i giovani eventi nazionali dell'associazione non solo. Il libro e la presentazione hanno fatto si, che tra il 2012 e 2014 e con l'uscita del mio

secondo libro "SULLA STRADA CON LA...MULTIPLA" dove viene narrato il viaggio fatto in Basilicata, conoscessi un regista Giuliano Cremasco, di Schio."

## I cortometraggi ...

"Con lui abbiamo dapprima ideato e prodotto una doc-intervista "La scelta di Piter", a promozione dello spettacolo, per poi spingerci ancora più in alto. Ispirato dalla lettura del secondo libro, Giuliano Cremasco mi ha proposto un progetto cinematografico. Partito nel 2014 il progetto cinematografico "In viaggio", in collaborazione con AISM, vuole portare all'attenzione della società, la realtà vissuta dalle persone con la SM e dai loro familiari. Il progetto è diviso in 3 step.

Nel 2015 siamo usciti con il Teaser, prodotto cinematografico promozionale per presentare il progetto e la sua Mission e per raccogliere fondi per il secondo step, il Cortometraggio. Nell'autunno2016 è stato presentato il Cortometraggio "Contando le formiche" prodotto grazie alle donazioni di aziende, privati e realtà del territorio del Alto vicentino con l'aiuto della Banca Alto vicentino, il Comune di Schio e Anffas e patrocinato dalla Regione Veneto. Il Cortometraggio ora è in fase di distribuzione e promozione partecipando a Festival e concorsi nazionali e internazionali. Il corto sarà volano per il terzo step il film vero e proprio, previsto fra 2-3 anni."

### Da allora... ora ...

"Non accetterò mai questa "ombra" entrata senza chiedere il permesso ...

Mi sto accettando giorno dopo giorno, passo dopo passo, vivendo i miei limiti e le difficoltà imposte da lei con ironia, tanta auto-ironia, ridendo e cercando di essere sempre positivo e propositivo. Mi ha dato la possibilità di conoscermi ogni giorno, nel ben e nel male e ha MULTIPLICATO le occasioni di conoscenza di persone speciali che possono condividere o essere fautori dei tuoi sogni.

### Vi voglio dire ...

Non abbiate paura di sognare, condividete i vostri sogni con altre persone, anche quelli che vi sembrano delle pazzie, potrebbero realizzarsi."

Stefano (Piter)





# L'accanimento terapeutico

a cura della REDAZIONE

Un problema controverso e discusso: l'accanimento terapeutico nei malati terminali portato all'attenzione del lettore con molto pathos da Marco Venturino anestesista presso l'Istituto europeo di oncologia di Milano con il suo libro scritto qualche anno fa ma sempre e più che mai attuale.

# Cosa sognano i pesci rossi

# INFORMAZIONI

TITOLO:

Cosa sognano i pesci rossi

AUTORE:

Marco Venturino

EDIZIONI: Casa Editrice Mondadori

2005 PAGINE: 245 All'amministratore delegato di una importante azienda viene diagnosticato un tumore con metastasi e in fase avanzata. Non si potrebbe operare, ma un chirurgo piuttosto famoso lo fa lo stesso. E dopo... il paziente trova "casa" in terapia intensiva, l'operazione non è riuscita. Il paziente è incapace di comunicare, menomato, in attesa della

morte. Il medico della terapia intensiva che lo prende in carico inizia con lui un rapporto tanto umano quanto tormentato descritto da Venturino nei dettagli e con maestria e raccontato da tutti e due i protagonisti del rapporto: il malato e il medico. Un libro per riflettere...



# Pronto soccorso, troppo poco il personale sanitario



Sono una infermiera che lavora in un pronto soccorso di un nostro ospedale della provincia di Verona. La contatto per esporle un problema che sta affliggendo sempre più chi come noi lavora a diretto contatto con l'utenza più eterogena.

Ogni giorno assistiamo sempre più a momenti di escalation di tensione con parenti e pazienti ma che prima o poi rischiano di degenerare in comportamenti violenti.

Come professionisti sanitari cosa possiamo fare sia per prevenire il verificarsi di taluni eventi sia una volta avvenuto?

Luisa

di MARINA VANZETTA

Gentile Collega,

Sia recenti fatti di cronaca, sia report del Ministero della salute confermano purtroppo i fatti da lei descritti.

Già nel 2007, il Ministero aveva emanato una Raccomandazione per prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari e introdotto l'obbligo di segnalazione come evento sentinella qualora si verifichi. Una prima cosa da fare quindi è segnalare ai competenti preposti dell'organizzazione in cui lavora tutti gli eventi, i quasi eventi e situazioni di potenziale rischio per far emergere un fenomeno certamente sottodimensionato ma che è necessario venga affrontato e contrastato in tutti i modi. Non da ultimo in situazioni potenzialmente a rischio per la sicurezza per se o per altri vanno richiesti, qualora disponibili, servizi di sorveglianza privata o di pubblica sicurezza.

Stefano Bernardelli Consigliere





Segreteria Organizzativa Collegio Provinciale IPASVI

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

E-mail: info@ipasviverona.com

