

PROSPETTIVE INFERMIERISTICHE

Infermieri Professionali · Assistenti Sanitari · Vigiliatrici d'Infanzia



IL NUOVO CODICE
DEONTOLOGICO
DELL'INFERMIERE



INTERVISTA A MARIA
GABRIELLA DE TOGNI

numero 4

dicembre 2016 - gennaio 2017

SOMMARIO

■ EDITORIALE	1
■ RASSEGNA STAMPA	
Ospedale da preservare? «Non con le mozioni»	2
Pazienti urgenti: ora è possibile inviarli all'ospedale di Rovereto	3
Ulss unica: la «grande occasione» di Zevio	4
Riforma sanitaria. I sindaci chiedono servizi e cantieri	5
«Slitta l'attivazione delle quattro strutture di Verona e provincia»	6
Le tre Ulss insieme incassano 23 milioni in meno del 2016	6
■ ESPERIENZE DAL TERRITORIO	
Infermieri e Fast Track in pronto soccorso, conoscenze e praticabilità	8
Ospedale per intensità di cure, è possibile? Studio preliminare su alcuni reparti di area medica dell'ospedale di Latina	12
■ ISTITUZIONI E TERRITORIO	
Il nuovo Codice Deontologico dell'Infermiere	20
■ NOI E GLI ALTRI	
Caposala-Coordiatore, a che punto siamo	24
■ RECENSIONI	
Le scelte di fine vita, una questione difficile	28
Il film - Un'incerta grazia	28
■ LETTERE AL DIRETTORE	29

Pubblicazione trimestrale. Questo numero è stato chiuso il 16 febbraio 2017.

Direttore Responsabile: Marina Vanzetta

Comitato di redazione: Vallicella Franco, Dal Corso Dario, Tabarini Gabriella, Pasqueto Francesca, Vanzetta Marina, Bernardelli Stefano, Cengia Maria Grazia, Molinari Luca, Zanolli Barbara, Ballarin Silvana, Corso Maurizio, Ortolani Riccardo, Verzé Alessia, Riolli Rita.

Redazione: Vanzetta Marina, Cengia Maria Grazia, Bernardelli Stefano, Zanolli Barbara, Molinari Luca, Marcotto Enrico.

Editore: Collegio IPASVI di Verona, via Cà di Cozzi 14/a, 37124 Verona

Note editoriali: Gli articoli inviati dovranno essere corredati dal titolo, dalle note bibliografiche, cognome e nome dell'autore e qualifica professionale, ente o istituto di appartenenza, recapito postale e telefonico. Dovranno essere inviati alla sede del Collegio IPASVI di Verona, via Cà di Cozzi 14/a, 37124 Verona - E-mail: info@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 purché 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 bozza del nuovo Codice Deontologico degli Infermieri italiani

Il Comitato Centrale della Federazione Nazionale Collegi IPASVI ha recentemente presentato ai Presidenti IPASVI d'Italia la bozza del nuovo codice deontologico della professione dell'infermiere. È una bozza che richiede un approfondimento con un'attenta lettura da parte di tutti gli infermieri italiani.

Il Codice in vigore è stato approvato nel 2009 ed aveva la necessità di essere aggiornato. Infatti questo strumento, che guida gli infermieri italiani, non può essere decontestualizzato dall'ambito sociale in cui si trova ad essere applicato. Dal 2009 ad oggi molte cose sono cambiate che riguardano il mondo dell'assistenza, più in generale della sanità, ma anche la cultura e la società stessa.

Ecco allora che si è pensato di mettere mano a questo riferimento fondamentale ed insostituibile, per renderlo più attuale, e quindi di miglior uso per gli infermieri e di maggior comprensione per tutti i cittadini.

GREENWOOD, importante studioso dei fenomeni sociali, aveva definito che tra i criteri per l'attribuzione dello status di "professione", ci fosse la disponibilità di un corpus di regole autodeterminate dalla professione stessa. Ciò a tutela dei rapporti tra professionisti con l'utenza ed a riconoscimento della società, e queste non possono essere definitive, ma debbono mutare al cambiare dei presupposti che hanno reso necessario lo strumento in parola.

Affinché il codice possa svolgere in pieno la sua funzione ed essere usato dagli infermieri come valido riferimento, deve essere però fatto proprio da chi lo deve usare. Per questo deve essere compreso e condiviso. Quindi abbiamo ritenuto importante fare una prima presentazione della bozza del Codice Deontologico, in occasione dell'assemblea ordinaria annuale che si è svolta l'8 febbraio 2017.

In quella sede abbiamo illustrato come tutti gli infermieri possano proporre modifiche o integrazioni alla bozza, collegandosi al sito IPASVI della Federazione e seguendo le istruzioni.

Riteniamo però che sia nostro dovere creare le condizioni per un approfondimento collettivo, tra colleghi, nelle differenti sedi di lavoro, dove il codice dovrebbe essere usato, da parte dei Colleghi. Per questo organizzeremo, con l'aiuto delle Aziende sanitarie e delle strutture sanitarie, degli incontri di approfondimento e discussione. Vi invitiamo fin d'ora a cogliere questa opportunità (che pubblicheremo sul nostro sito) che riteniamo possa essere considerata un' investimento sul futuro.

Buona lettura.



di FRANCO VALLICELLA

Presidente Collegio IPASVI
di Verona

Ospedale da preservare? «Non con le mozioni»

a cura della REDAZIONE

Il Consiglio comunale ha discusso una mozione «Sulla sanità nell'isolano e nel Villafranchese per la salvaguardia del diritto alla salute», approvata dall'opposizione e respinta dalla maggioranza. Presentata da Luciano Mirandola, Opificio isolano, invitava l'amministrazione a impegnarsi perché non ci siano ulteriori dismissioni nella struttura sanitaria locale fino a quando quella di Villafranca non sarà in grado di riassorbirle; perché siano evitati disservizi ai cittadini; perché l'ospedale di Villafranca, unico presidio dell'area meridionale dell'Ulss 22, sia completato con celerità; perché sia promosso con i sindaci del territorio un tavolo di confronto con la Regione per rendere omogenee sul territorio provinciale assistenza e cure.

I gruppi di opposizione hanno espresso voto favorevole dopo aver sottolineato la necessità di salvaguardare quello che rimane dell'ospedale locale, in una battaglia che dovrebbe riguardare tutte le forze politiche e che dovrebbe produrre una mozione condivisa; Isola nostra proponeva con un emendamento alla mozione che al tavolo Regione-Comuni partecipasse anche il Comitato per l'ospedale.

La maggioranza ha respinto sia l'emendamento che la mozione, dopo un lungo intervento del sindaco Stefano Canazza. «Cominciamo a discutere queste tematiche fuori dal Consiglio per arrivare a mozioni condivise», ha esordito, e ha poi continuato dicendo che nei prossimi 120 giorni dovranno essere definiti i reparti del Magalini, che dovrebbe essere il punto di riferimento per Isola come ospedale per acuti. Ha aggiunto che esistono le schede regionali che precisano anche i servizi destinati a Isola, «dove c'è una struttura che necessita di interventi per l'antisismica che comportano investimenti conside-

revoli». «Riteniamo», ha continuato, «non siano da farsi azioni che vadano a compromettere un lavoro che delinea il prossimo futuro. Potremmo fare azioni forti che consentano alternative o proposte aggiuntive rispetto a quanto già previsto dalle schede. Ma tutte le azioni profilate nella mozione sono contemplate negli atti della Conferenza dei sindaci alla quale ho partecipato fin dal primo giorno di amministrazione», ha affermato. «Se vogliamo fare un percorso condiviso dobbiamo fare un lavoro diverso, è una battaglia sbagliata quella di proferire parole quando si sa perfettamente le dinamiche dove ci condurranno».

«Isola della Scala», ha detto ancora il sindaco, «ha nelle schede anche un'indicazione per l'ospedale di comunità, ma nel corso dell'amministrazione precedente Bovolone ha anticipato Isola e si è 'aggiudicato' una parte di posti letto di ospedale di comunità. La mozione è respinta per il metodo, siamo qui da cinque mesi, abbiamo già risposto ad un'interpellanza, se si voleva un percorso condiviso non si presentava la mozione, si chiamava il sindaco e lo si proponeva. Io sono disponibile». Le opposizioni, dichiarando di condividere il discorso di Canazza «quasi fino alla fine», hanno difeso la mozione. «È stata proposta in una sede istituzionale», ha detto Alessandro Meneghelli, Isola nostra. «La sede in cui si forma la volontà del Consiglio è il Consiglio», ha aggiunto Roberto Venturi, Centro destra per Isola. «È stata presentata due mesi fa, la proposta di condividere i percorsi potrebbe arrivare anche da voi», ha concluso Roberto Grassi, del Movimento 5 Stelle.

Mariella Falduto

L'ARENA - 28 dicembre 2016 - Malcesine

Pazienti urgenti: ora è possibile inviarli all'ospedale di Rovereto

Patto tra l'Ulss 22 e Trento sul trasferimento dei pazienti cardiologici da Malcesine in Trentino.

L'azienda sanitaria scaligera ha stipulato una convenzione con l'azienda provinciale servizi sanitari di Trento per regolamentare i trattamenti e i ricoveri in urgenza ed emergenza in ambito cardiologico.

L'intesa tra le due unità socio-sanitarie, sulla quale è stata emessa una delibera del commissario dell'Ulss 22 Pietro Girardi, consentirà di trasferire i malati di cuore dal punto di primo intervento di Val di Sogno all'Uoc, Unità operativa complessa di Cardiologia dell'ospedale Santa Maria del Carmine di Rovereto, in provincia di Trento.

D'ora in poi il medico incaricato dell'Ulss 22 a Malcesine in caso di pazienti con attacchi di cuore, scompensi cardiaci e altre sindromi, potrà decidere di consentire il trasferimento dei pazienti al nosocomio di Rovereto, distante una trentina di chilometri dalla struttura ospedaliera di Val di Sogno. L'accordo è stato stretto per accorciare

notevolmente i tempi di trasporto dei malati, che finora venivano dirottati su Bussolengo e Peschiera, entrambi i paesi ad una cinquantina di chilometri di distanza da Malcesine e raggiungibili solo attraverso la trafficata (specialmente d'estate) strada Gardesana. Un taglio di tempistiche e chilometri fondamentali per la cura di casi gravi in cui il fattore tempo diventa essenziale.

Dal punto di vista operativo il cardiologo, quando presente, o il medico del punto di primo intervento contatterà il collega in servizio a Rovereto per concordare l'immediato invio del paziente nel reparto di Cardiologia dell'ospedale trentino, che si impegna a garantire una reperibilità telefonica 24 ore su 24 per i casi di trasferimento di ricoverati al nosocomio malcesinese. Il trasporto dei pazienti da Malcesine a Rovereto è a carico dell'Ulss 22. L'accordo tra l'Unità locale sanitaria e il Trentino sarà valido per tre anni.

La convenzione era attesa da tempo sul territorio dell'alto Garda, a partire dal sindaco di Malcesine Nicola Marchesi-

ni, che esulta.

«È stato inserito un altro mattoncino nel progetto di rilancio dell'ospedale, dove nell'ultimo periodo è tornato il primario con l'assegnazione di apicalità, gli ambulatori ortopedici ed è in procinto di pubblicazione il bando per le sanitarie interne al nosocomio», sottolinea il primo cittadino malcesinese.

«Ora speriamo che il servizio di trasporto dei pazienti in Trentino sia esteso anche a persone con altre patologie», aggiunge Marchesini, il quale ha annunciato tra l'altro che sul tema «sanità» domani si incontrerà con il direttore dell'Ulss 20 e commissario della 22 Pietro Girardi assieme all'assessore comunale al Sociale Morena Strappazzon. «I progetti promessi stanno ripartendo, lavori di riqualificazione della struttura compresi», precisa Marchesini. «L'Ulss è stata di parola».

Per quanto riguarda gli interventi al nosocomio di Val di Sogno, infine, proprio in questi giorni si sta eseguendo una serie di lavori di ristrutturazione, come previsto da programma.

In particolare al secondo piano del padiglione A nei giorni scorsi sono stati dimessi gli ultimi pazienti ricoverati per la riabilitazione della poliomielite per consentire l'adeguamento degli impianti elettrici, dell'aria condizionata e di altri servizi.

L'attività verrà riaperta il 9 gennaio al primo piano del padiglione A. Dopo aver completato la sistemazione dei tetti dei padiglioni, i lavori proseguiranno nelle prossime settimane anche negli altri ambienti dell'ospedale che necessitano di intervento, comprese le palestre.

Emanuele Zanini



L'ARENA - 31 dicembre 2016 - Provincia

Ulss unica: la «grande occasione» di Zevio

Zevio guarda con soddisfazione ai cambiamenti in Sanità che si profilano con l'avvento dell'Ulss unica provinciale. Dal primo gennaio, quando le tre Unità sociosanitarie veronesi convergeranno ufficialmente nella Scaligera - comprendente la 20 di Verona, la 21 di Legnago e la 22 di Bussolengo - in caso di ricovero ospedaliero urgente con ambulanza, per gli zeviani non sarà più obbligatorio andare al Mater Salutis di Legnago.

E per esami e prestazioni specialistiche richieste fuori dagli attuali confini della 21, non passeranno in coda rispetto ai residenti effettivi, ma saranno considerati esclusivamente sulla base dell'ordine di presentazione delle impegnative. Sin dall'inizio gli zeviani hanno sentito stretto il legame con Legnago, ospedale ritenuto troppo distante e poco servito da collegamenti pubblici rispetto al Policlinico di Borgo Roma, raggiungibile in 15 minuti, o all'ospedale di Borgo Trento. Non hanno mai compreso perché non siano valse anche per Zevio le ragioni che, negli anni scorsi, portarono al passaggio con l'Ulss di Verona del confinante San Giovanni Lupatoto, cui comunque gli utenti zeviani hanno

sempre fatto riferimento. Infine, il paese che da solo rappresenta circa il dieci per cento della popolazione della 21, formata da 25 Comuni, avverte come «patrigna» l'Ulss di Legnago, ritenuta più attenta ai servizi sociosanitari della Bassa. Ma dal 1° gennaio si volta pagina.

Il sindaco Diego Ruzza definisce la nuova organizzazione sociosanitaria come una «grandissima opportunità» per Zevio. Interpretando il pensiero dei suoi amministrati, il sindaco aggiunge: «Gli zeviani non saranno più vincolati a Legnago. Ospedale di riferimento diventerà San Bonifacio. Geograficamente parlando, il nostro Comune si troverà al centro di un'Unità sociosanitaria con quasi un milione di abitanti e i servizi saranno più vicini, anche se va rilevato che attualmente la fuga fuori Ulss si concentra su Negrar e il Pederzoli di Peschiera».

Secondo Ruzza la centralità di Zevio potrebbe promuovere il dismesso Chiarenzi a struttura di secondo livello con un bacino d'utenza simile a quello che l'ex nosocomio aveva ai tempi d'oro.

E spiega: «È chiaro che gli ospedali per

acuti rimarranno Legnago, San Bonifacio e Borgo Trento, più i due della zona Lago, riservati a malati gravi, pazienti in pericolo di vita, ricoverati in codice rosso. Però nel 2017 la Regione dovrebbe dare il via a strutture di secondo livello. E qui Zevio potrebbe giocare un ruolo importante».

Il Pdl di Samuele Campedelli, che un paio d'anni fa raccolse oltre 2mila firme per passare sotto l'Ulss di Verona, plaude alla Scaligera. E dice: «Nell'Ulss 21, Zevio è sempre stato considerato Comune periferico. Meglio quindi essere al centro di una grande Unità sociosanitaria che di una piccola come quella di Legnago. Il Chiarenzi è stato oggetto di tante promesse, ma di fatto i servizi si sono progressivamente assottigliati. Se ora necessitano tre esami c'è da ricorrere ad altrettanti punti diversamente collocati sul territorio, con grande dispendio di tempo. Il nostro ospedale è stato inesorabilmente svuotato», s'indigna Campedelli, «lascito Coghi compreso. Prevedeva la realizzazione di una biblioteca scientifica, ridotta poi a sala convegni, alla quale hanno portato via pure le sedie».

«Anche San Bonifacio non è ben collegato da mezzi pubblici», rileva infine il capogruppo consiliare, «ma almeno è più vicino rispetto a Legnago».

«La sanità di casa nostra», aggiunge Antonio Composta (Zevio bene comune), «ha pagato la scelta regionale di ridurre drasticamente i posti letto di riabilitazione senza che, finora, siano stati istituiti i previsti posti letto in ospedali di comunità e unità riabilitative.

Risultato, sono aumentati i tempi di degenza e i costi sostenuti da Ulss, pazienti e famiglie».

Piero Taddei





L'ARENA - 04 gennaio 2017 - Legnago

Riforma sanitaria. I sindaci chiedono servizi e cantieri

Mantenimento dei posti letto per pazienti acuti al «Mater salutis» di Legnago, potenziamento del Punto di primo intervento del «San Biagio» di Bovolone ed avvio degli ospedali di comunità nel centro polifunzionale «Stellini» di Nogara e all'ex «Chiarenzi» di Zevio. Il decollo della nuova Ulss 9 Scaligera, che dal primo gennaio ha incorporato l'Ulss 21, ha spinto i 25 sindaci dei Comuni della Bassa, serviti dall'ormai ex Azienda sanitaria di via Gianella, a scrivere al governatore del Veneto Luca Zaia ed all'assessore regionale alla Sanità Luca Coletto. Tutto ciò, per chiedere «interventi non più rinviabili se si vuole mantenere la qualità, la professionalità e l'efficienza che hanno contraddistinto in tutti questi anni l'ospedale di Legnago e le altre strutture della pianura».

La missiva, approvata all'unanimità durante l'ultima sessione della Conferenza dei sindaci, ripropone i temi della battaglia sostenuta in questi mesi dal primo cittadino legnaghese Clara Scapin, alla guida dell'esecutivo ristretto dei municipi del territorio.

«Come ultimo atto prima dello scioglimento della nostra Ulss», evidenzia Paolo Marconcini, sindaco di Cerea e presidente della Conferenza dei sindaci della Bassa, «abbiamo elencato quali interventi, molti dei quali già programmati, sono necessari ed indifferibili se si vogliono mantenere gli standard

di qualità dei servizi offerti».

«Per l'ospedale di Legnago», sottolinea Marconcini, «occorre mantenere i posti per acuti, oltre a garantire le direzioni previste, in particolare per Neurologia, Radioterapia, Oncologia con attività di Breast Unit e funzioni di coordinamento provinciale». Sempre restando al «Mater salutis», i sindaci auspicano «che continuino ad operare a pieno regime l'Unità di terapia intensiva cardiologica (Utic), il centro Hub con emodinamica interventistica attiva 24 ore su 24, il reparto di Malattie infettive, l'attività di Anatomia patologica, compresa la Biologia molecolare e l'Odontostomatologia. La Regione deve autorizzare la sostituzione immediata dei primari che cesseranno l'incarico nei prossimi mesi, a cominciare da quello di Radioterapia». Per il «San Biagio» di Bovolone, classificato come ospedale «nodo di rete monospecialistico riabilitativo», Marconcini rimarca: «Occorre preservare il Punto di primo intervento, trasformandolo in un presidio di tipo avanzato, con attività di accoglienza, diagnosi e trattamento delle patologie che non richiedono il trasporto al Pronto soccorso».

L'ospedale bovolonese, secondo il portavoce dei sindaci, «dovrà mantenere ed eventualmente aumentare i letti di Lungodegenza e Riabilitazione. Occorre pure migliorare la diagnostica, con

adeguamento della strumentazione. Per l'ospedale di comunità, oltre all'utilizzo immediato dei cinque posti letto sperimentali, devono essere attivati anche gli altri 15 già programmati».

Anche per i centri di Nogara e Zevio la Conferenza ha chiesto «la realizzazione degli ospedali di comunità». Marconcini prosegue: «È necessario che il nostro territorio abbia a disposizione il team di esperti in abusi su minori che avrà sede a Verona. Quindi va perseguito il potenziamento di strutture intermedie, come case di riposo, aggregazioni di medici e distretti sanitari, offrendo uno sgravio reale all'ospedale di Legnago».

I 25 sindaci sollecitano, inoltre, l'apertura di nuovi cantieri. «Al Mater salutis», osserva Marconcini, «occorrono vari interventi strutturali, oltre all'adeguamento antisismico del blocco sud. Sono indispensabili anche l'ampliamento dei locali delle celle mortuarie, la ristrutturazione di cucine e spazi per la scuola infermieri ed il completamento del Centro educativo occupazionale diurno Ca' Verde». «Sul versante sanitario», conclude il presidente, «non vogliamo essere considerati ora un territorio di serie B».

Fabio Tomelleri

L'ARENA - 15 gennaio 2017 - Provincia

«Slitta l'attivazione delle quattro strutture di Verona e provincia»

C'è poi anche il problema degli ospedali di comunità e dei servizi sociosanitari. Sempre secondo il Pd, «con una delibera del 23 dicembre, messa sotto gli alberi di Natale dei cittadini del Veneto, la Regione ritratta quanto aveva deciso con il collegato alla finanziaria e blocca di nuovo l'avvio all'esercizio degli ospedali di comunità», sottolinea la consigliera regionale del Pd Orietta Salemi. «La decisione della Giunta Zaia va contro ben tre leggi vigenti e di fatto blocca tutta l'attività di autorizzazione delle strutture sanitarie, sociosanitarie, e di tutte le prestazioni a favore delle disabilità, alzheimer, minori, salute mentale fino ai trasporti con ambulanza, al 31.12.2017». «Ci chiediamo se la giunta abbia una minima considerazione di quanto discusso e votato in Consiglio». La battaglia sull'avvio degli ospedali di comunità - due in città dell'Istituto assistenza anziani e delle Betulle, uno a Tregnago e uno della Pia Opera Ciccarelli a San Giovanni Lupatoto - va avanti ormai da diversi mesi

coinvolgendo varie forze politiche. Secondo Salemi, l'ultimo cambiamento «smaschera il bluff e fa riapparire il vero intento di Zaia: fermare l'avvio all'esercizio e quindi l'attivazione degli ospedali di comunità.

Per Verona, è bene ricordarlo, significa 4 strutture già accreditate ma ferme, 97 posti sospesi e la rinuncia a un risparmio di soldi pubblici di circa un milione al mese». «Chi ne fa ancora una volta le spese è quel sistema di garanzia delle cure post acuzie che doveva costituire il caposaldo della risposta territoriale alla diminuzione dei posti letto negli ospedali e alla soluzione delle degenze, ormai ridotte a pochi giorni, dopo gli interventi chirurgici. Chiediamo una commissione sanità e sociale perché sia fatta chiarezza: diversamente dobbiamo pensare che, in barba alle norme vigenti e votate in consiglio, si stia smantellando la rete dei servizi sanitari e sociosanitari».



L'ARENA - 15 gennaio 2017 - Provincia

Le tre Ulss insieme incassano 23 milioni in meno del 2016

I territori uniti di Ulss 20, Ulss 21 e Ulss 22, che dal primo gennaio fanno capo all'Ulss 9 Scaligera, avranno a disposizione un budget di poco più di un miliardo e 370 milioni di euro per la salute dei propri 922.383 cittadini.

In tutto, l'area veronese perde rispetto a quando le Ulss erano tre la bellezza di 23 milioni e 500 mila euro.

È vero che, come si è affrettata a spiegare con una nota ufficiale la Regione, si tratta di un riparto (questo il termine

tecnico) «provvisorio e prudenziale», tuttavia è altrettanto vero che è stato calcolato per il veronese riducendo la quota destinata a ciascun cittadino da 1.511 euro del 2016 a 1.486 per l'anno appena iniziato.

A questo dato ne va aggiunto un altro: Venezia ha deciso di spendere per la salute di ogni singolo veronese una delle cifre più basse del Veneto, superiore solo ai 1.405 euro dell'Ulss 4 Veneto

Orientale, la più piccola tra le nuove nate. Mentre Verona è seconda solo alla padovana «Euganea», che con 1.506 euro incassa un miliardo e 406 mila milioni, perdendo comunque a sua volta 24 milioni sul 2016.

L'assessore regionale alla Sanità, il veronese Luca Coletto, ha sottolineato come a tutti sia stato tagliato l'1,7 per cento di quello che veniva distribuito come quota capitaria l'anno scorso.

Mentre la nota ufficiale di Palazzo Balbi (sede della giunta) ricorda che le risorse verranno ritoccate una volta ripensati i criteri di finanziamento delle aziende del servizio sanitario alla luce dell'introduzione dell'Azienda Zero e quando sarà chiaro quanti finanziamenti arriveranno dallo Stato per coprire i Lea (cioè i livelli essenziali di assistenza), in corso di modificazione.

Queste assicurazioni però non sono bastate agli esponenti del Pd che lavorano in V commissione Sanità. «Oltre al danno di essere una delle nuove Ulss con il maggior numero di abitanti, arriva anche la beffa del riparto del fondo sanitario regionale. Rispetto al 2016, di fatto, i cittadini dell'area veronese, con la nuova Ulss Scaligera, perdono 24 milioni di euro. Una penalizzazione di cui chiediamo subito conto al presidente Zaia e all'assessore Coletto», attacca Orietta Salemi, veronese, componente

della V commissione. E riferendosi ai ritocchi degli ultimi giorni, prosegue: «La marcia indietro della Regione che definisce il riparto prudenziale non cambia la sostanza: le Ulss sono tutte penalizzate, con una riduzione dell'1,7 per cento, uno di quei tagli orizzontali contro cui sempre il presidente Zaia si scaglia. E non ci si può nemmeno nascondere dicendo che sono stati seguiti i criteri approvati in Commissione visto che si parlava del 2016».

A nome del Pd, Salemi aggiunge: «Prendiamo atto che la Giunta rettifica se stessa e conferma la riduzione di 132 milioni di euro per le Ulss e la penalizzazione per l'Ulss Scaligera. E non consola sapere che tutte le Ulss stanno peggio dello scorso anno. Meno fondi significa meno servizi e qualità».

Il quadro esce dal confronto tra la quota capitaria prevista per quest'anno e la media di quelle definite nel 2016

per le singole Ulss poi aggregate. Quella Scaligera, con una differenza di 24 milioni, è una di quelle che perde di più. «Sono numeri impietosi che non trovano giustificazioni», aggiunge Salemi, «purtroppo hanno conseguenze dirette sulla qualità dell'offerta sanitaria. Le scelte della giunta Zaia e la mancata volontà di adottare criteri omogenei nella definizione delle nuove Ulss rischiano di ripercuotersi in maniera devastante su tanti territori, in particolare quelli veronesi».

E conclude: «Vorremmo avere la certezza che per il definitivo non succeda come nel 2016, cioè un'approvazione a fine anno, quando le Ulss avranno già speso in base a quanto assegnato oggi»

FR.MAZ.



ESPERIENZE DAL TERRITORIO

Infermieri e Fast Track in pronto soccorso, conoscenze e praticabilità

di Francesca Celenza¹, Antonio Capodilupo²

¹Dottore magistrale in Scienze Infermieristiche e Ostetriche

²Docente di Psicologia del Lavoro e delle Organizzazioni, Facoltà di Farmacia e Medicina dell'Università "La Sapienza" di Roma, Corso di LM Scienze Infermieristiche e Ostetriche - di Latina

Corrispondenza:
capodilupo@teletu.it

BIBLIOGRAFIA

(1) Agency for Healthcare Research and Quality 2005 Publication Altered Standards of Care in Mass Casualty Events, 7-9.

(2) Australian College for Emergency Medicine, 1995 Guidelines on the implementation of the Australasian triage scale in emergency departments.

(3) Azeredo TRM, Guedes HM., Rebelo de Almeida RA., Chianca TCM., Martins JCA., 2015 Efficacy of the Manchester Triage System: a systematic review. *International Emergency Nursing*, 4, 23, n2, pp 47-52.

(4) Bernstein SL., 2009 The clinical impact of health behaviors on emergency department visits, *Acad Emerg Med*, 16, 11, pp 1054-1059.

(5) Bullard MJ., Chan T., Brayman C., Warren D., Musgrave E., Unger B., 2014 Revisions to the Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale (CTAS) Guidelines. *Can J Emerg Med*, 11;16, 6, pp 485-489.

(6) Carret ML., Fassa AC., Domingues MR., 2009 Inappropriate use of emergency services: a systematic review of prevalence and associated factors. *Cad Saude Publica*, 25, 1, pp 7-28.

(7) Carter AJ, Chochinov AH., 2007 A systematic review of the impact of nurse practitioners on cost, quality of care, satisfaction and wait times in the emergency department. *CJEM*, 9, 4, pp 286 - 295.

La tendenza ad affollare il pronto soccorso per interventi su disturbi medico-chirurgici minori è un dato di fatto, così come le conseguenze indesiderabili rispetto all'assistenza erogata.

ACCESSI IN PRONTO SOCCORSO, QUALE URGENZA

È ubiquitaria la tendenza ad affollare il pronto soccorso per interventi su disturbi medico-chirurgici minori, con conseguenze indesiderabili rispetto all'assistenza erogata: prolungamento delle attese, situazioni di disagio e di dolore, insoddisfazione degli utenti e degli operatori, scadimento della qualità delle prestazioni, aumento degli episodi di violenza e di riflessi medico-legali (Trzeciak e Rivers, 2003; Schull et al., 2003; Richardson, 2006; Carret et al., 2007; Bernstein, 2009).

Esemplificativamente, gli accessi effettuati nel DEA "F. Spaziani" di Frosinone in esame, nell'anno 2015, sono stati 47.932, di cui registrati per il 4,89% in codice rosso, per il 37,93% in codice giallo, per il 52,49% in codice verde e per il 2,02% in codice bianco, con rispettivi tempi di attesa medi pari a minuti 8 per il codice rosso, 78 per il giallo, 69 per il verde e 156 per il bianco.

Le cause sono molteplici, non dipendenti solamente da quanto avviene all'interno della struttura, bensì specchio di problematiche insite nel sistema sanitario, fra le quali la discontinuità, la frammentazione e la mancanza di standard di cura condivisi e comuni (Reason, 1990; Derlet e Richards, 2000; Mengoni e Rappini, 2007; Rust et al., 2008; Di Tommaso et al. 2008).

Si desume la necessità di conciliare i criteri di efficacia – efficienza, pur in carenza di risorse, senza penalizzare la qualità dell'assistenza (Drummond, 2010). A tal fine, è possibile prevedere per i pazienti, che accedono al pronto

soccorso con problemi di salute minori, percorsi di cura opportuni e adeguati, gestiti da infermieri formati all'uso di protocolli clinico – assistenziali definiti.

PRONTO SOCCORSO, MODELLI DI TRIAGE

Il triage definito dall'American College of Surgeon quale "attribuzione dell'ordine di trattamento dei pazienti sulla base delle loro necessità di cura e delle risorse disponibili" (AHRQ, 2005) è universalmente praticato nella gestione delle urgenze / emergenze ospedaliere.

Il modello di *triage*, che ha ispirato la pratica per molte altre nazioni, è quello statunitense, applicato, in gran parte degli ospedali, con l'obiettivo di ridurre i tempi di attesa dei pazienti, aumentare l'accuratezza della classificazione, implementare i sistemi di rivalutazione dei pazienti in attesa, stabilire un modello comune e generale da poter applicare in tutti i dipartimenti. Esso è praticato prevalentemente da un infermiere (Wuerz et al., 2000).

Nel Regno Unito, un gruppo di infermieri e medici specializzati in emergenza, svilupparono un modello, chiamato MTS - *Manchester Triage System*, che fu pubblicato nel 1997 e presto adottato come sistema di Triage universale inglese (Azeredo et al., 2015).

In Canada, dal 1995, viene utilizzata la scala di priorità CTAS - *Canadian Triage Acuity Scale*, a 5 livelli (rianimazione, emergenza, urgenza, urgenza minore, non urgenza), attraverso i quali l'infermiere, ad una prima e veloce valutazione, assegna un tempo limite entro il quale il paziente deve ricevere le cure necessarie (Bullard et al., 2014). Anche l'ATS - *Australian Triage Scale*,



approvata nel 1995, è caratterizzata dalla stima dell'urgenza clinica e prevede un sistema di codici su cinque livelli, con l'indicazione dei tempi massimi di attesa per la visita del paziente, percorsi di cura. Nei paesi di lingua tedesca (Germania, Austria, Svizzera), invece, il triage infermieristico in PS è quasi inesistente, poiché il sovrappollamento è di scarso rilievo, dato che i medici mutualistici coprono una ampia fascia di prestazioni a livello ambulatoriale, lavorando con orari lunghi ed in studi associati.

Esiste una vasta rete di specialisti sul territorio i quali inviano i pazienti con richiesta di ricovero in ospedale solo quando ne valutano la necessità, e il servizio di guardia medica è ben funzionante (cfr. Min. Salute, 2007).

In Italia, è in uso la codifica a quattro livelli, disciplinata con DM 15 maggio 1992 a quella attualmente in uso a quattro livelli (*codici rosso, giallo, verde e bianco*), cui si associano i codici per specifiche situazioni (*codice rosa per le donne vittime di violenza, arancione per il paziente contaminato NBCR, nero per il paziente deceduto*).

Nell'insieme, si rilevano diverse articolazioni organizzative del Triage:

- *Triage non infermieristico o direttore del traffico*, basato sulla valutazione del dolore;
- *Triage di centrale operativa 118 informatizzato o a dispatch*, basato sulla rilevazione, mediante intervista telefonica, dei più frequenti segni e sintomi o fattori di rischio ad essi correlati;
- *Triage di bancone, come postazione di testa del PS*, nella quale l'infermiere addestrato attribuisce i codici per colore;

- *Triage clinico o globale*, adottato negli ospedali di maggiori dimensioni e/o più avanzati, comprendente, oltre alle procedure di base del precedente, una più ampia valutazione clinica del paziente, sempre ad opera dell'infermiere;

- *Triage a doppio step*, realizzato in strutture ad elevato numero di prestazioni, dove un primo infermiere "esaminatore", accoglie tutti i pazienti entro 2 - 3 minuti dal loro arrivo, valutandone i parametri ABCD (Airway, Breathing, Circulation, Disability) e decidendo chi può attendere e chi ha bisogno immediato del trattamento, mentre un secondo infermiere "valutatore" gestisce i pazienti giudicati non - urgenti;

- *Spot check triage o triage a controllo casuale*: è un sistema a "rapida occhiata", nel quale un infermiere ottiene informazioni sui pazienti rispetto alla intensità del dolore e a pochi altri dati soggettivi e oggettivi relativi al problema principale;

- *Triage out*, con il quale l'utente, giudicato non affetto da patologie con carattere di effettiva urgenza, viene escluso dall'accesso al P.S. e indirizzato verso altre forme di assistenza.

PERCORSI VELOCI PER ACCESSI NON URGENTI, IL FAST TRACK

Il Fast Track (FT) è un metodo/modello di gestione degli accessi non urgenti, più spesso descritto e applicato negli ultimi 30 anni (Hoskins, 2011), con cui sono attivati "percorsi veloci".

Grazie a questi percorsi per mezzo dei quali i pazienti vengono inviati dal pronto soccorso alle unità operative specialistiche, riducendo la lista d'attesa e offrendo un miglioramento della qualità dei servizi erogati, anche con

BIBLIOGRAFIA

- (8) Combs S, Chapman R, Bushby A., 2007 Evaluation of Fast Track. *Accid Emerg Nurs*, 15, 1, pp 40 - 47.
- (9) Derlet RW., Richards JR., 2000 Overcrowding in the nation's emergency departments: complex causes and disturbing. *Ann Emerg Med*, 35(1), pp 63-68.
- (10) Di Tommaso, F. et al., 2010 Analisi dei fattori psico-sociali e sanitari che hanno indotto i cittadini all'uso non appropriato del pronto soccorso nella AUSL di Ravenna nel 2008. *Notiziario Istituto Superiore Sanità*, 23, 2.
- (11) Drummond M.F., Stoddart G.L., Torrance G.W., 2010 Metodi per la valutazione economica dei programmi sanitari, Il Pensiero Scientifico, Roma.
- (12) Hoskins R., 2011 Evaluating new roles within emergency care: a literature review. *Int Emerg Nurs*, 19, 3, pp 125 - 140.
- (13) Mengoni A., Rappini V., 2007 La domanda non urgente al Pronto Soccorso: un'analisi in "Mecosan: management ed economica sanitaria". Ministero della Sanità, pp. 61-82.
- (14) Ministero della Salute, 2007 Progetto Mattoni SSN Pronto Soccorso e sistema 118 Milestone 1.3 - Definizione del sistema di valutazione dei pazienti (trriage PS e 118).
- (15) Quattrini V, Swan BA. 2011 Evaluating care in ED fast tracks. *J Emerg Nurs*, 37, 1, pp 40 - 46.
- (16) Reason J.T., 1990 Human error: causes and consequences. Cambridge University Press, Cambridge.
- (17) Richardson D.B., 2006 Increase in patient mortality at 10 days associated with emergency department overcrowding. «*MJA*», 184, pp 213-216.
- (18) Rust G., Baltrus JY e, P., Daniels E, Adesunloye B., Fryer GE., 2008. Practical barriers to timely primary care access: impact on adult use of emergency department services. «*Arch Intern Med.*», 168, 15, pp 1705-1710.
- (19) Sanchez M, Smally AJ, Grant RJ, Jacobs LM., 2006 Effects of a fast-track area on emergency department performance. «*J Emerg Med*», 31, 1, pp 117 -120.

BIBLIOGRAFIA

(20) Scull M.J., Lazier K., Vermeulen M. et al., 2003 Emergency department Contributors to Ambulance diversion: a quantitative analysis. «Ann Emerg Med», 41, pp 467-476.

(21) Trzeciak S., Rivers EP., 2003 Emergency department overcrowding in the United States: an emerging threat to patient safety and public health. Emerg Med J, 20.5, pp 402-405.

(22) Wuerz RC., Milne LW., Eitel DR., Travers D., Gilboy N., 2000 Reliability and Validity of a New Five-level Triage Instrument. Acad Emerg Med, 7, 3, pp 236-242.

maggior soddisfazione dell'utenza (Sanchez et al. 2006; Combs et al., 2007; Quattrini and Swan, 2012).

Dalla letteratura si rileva che, per erogare un'assistenza efficace agli utenti dei dipartimenti di emergenza, è necessario introdurre figure professionali con competenze avanzate, in campo diagnostico e di trattamento, prima fra tutte quella dell'Emergency Nurse Practitioner (Carter et al., 2007).

Anche per il Fast Track sono state sperimentate diverse modalità organizzative. In Italia, si è optato per lo snellimento delle procedure di intervento.

Una volta individuata un'evidente competenza specialistica attraverso la prima valutazione nel triage, si procede alla richiesta immediata di consulenza

in reparto, rendendo possibile all'utente di accedere direttamente alla prestazione necessaria ed eliminando la prima visita nell'ambulatorio di pronto soccorso, frequentemente ritardata e non risolutiva (Figura 1).

L'infermiere è, se non proprio regista, quantomeno tra gli attori principali nella gestione del sovraffollamento. Tra le prime realtà a adottarlo, è stata la Regione Emilia Romagna, con Delibera Regionale del 26 luglio 2010, n. 1184. Le discipline specialistiche più comuni alle quali è possibile attivare percorsi Fast Track sono oculistica, otorinolaringoiatria, ortopedia, ostetricia – ginecologia, pediatria, dermatologia, per ciascuna delle quali sono indicati i criteri di inclusione / esclusione.

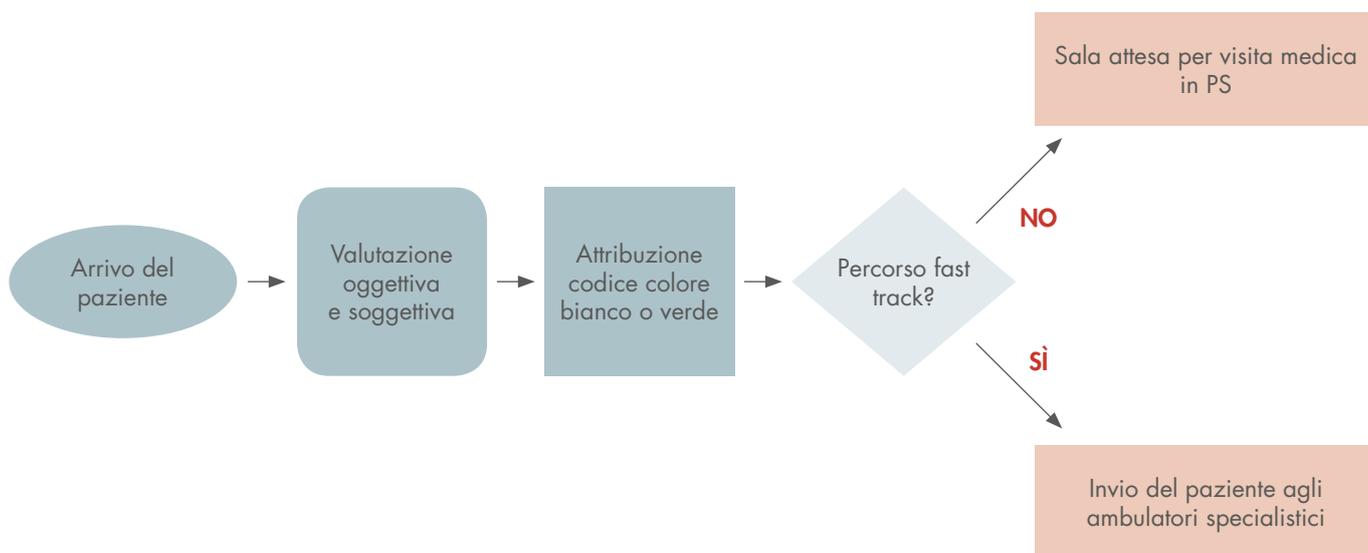


Figura 1- FAST TRACK, DIAGRAMMA DI FLUSSO

FAST TRACK, CONOSCENZE E FATTIBILITÀ: L'INDAGINE

L'indagine sulle conoscenze e sulla fattibilità del Fast Track, da parte di infermieri è stata effettuata presso il D.E.A. di 1° livello dell'Ospedale di Frosinone.

Il campione e lo strumento

Il campione di convenienza è composto da 28 infermieri, in età dai 31 ai 60 anni, per il 79% di genere femminile e 21% di genere maschile, con livello di formazione base per il 60% con diploma universitario o laurea di 1° livello e 40% con titolo regionale, e con anzianità di servizio prevalente superiore a 10 anni (43%) seguita da quanti hanno tra 5 – 10 anni (29%) e 2 – 5 anni (21%).

Ad essi, nel mese di giugno 2016, è stato consegnato un questionario, per auto-somministrazione, disponibile all'indirizzo:

<https://docs.google.com/forms/d/1QTVwO7g8AVIkSdTnwP1E-66VnfKGodziWGYkBOaxFycQ/viewform?formkey=dE5jcFNTSDBibU-c5RIAzLVJuQkljOEE6MQ>.

Lo strumento si compone di 14 items a risposta chiusa, di cui 2 sulle criticità dell'operatore di Triage e sovraffollamento del pronto soccorso, 8 sulla conoscenza e utilità e validità del modello organizzativo Fast Track, 1 sulla eventuale criticità nell'utilizzo del metodo del Fast Track, 3 sul possesso delle conoscenze/competenze necessarie ad attuare il modello organizzativo del Fast Track.

I risultati

I risultati indicano che il 28% degli intervistati conosce il Fast Track, il 26% lo ignora, il 46% ne ha sentito parlare ma non ne conosce specificamente le caratteristiche.

L'82% lo ritiene sicuramente utile per la gestione dei codici minori in PS, mentre il 18% preferirebbe valutarlo dopo un periodo di sperimentazione.

Il Fast Track è ritenuto senz'altro valido come modello operativo (84%), utile per migliorare la qualità dell'assistenza erogata (76%), più efficace per la presa in carico del paziente in PS (68%).

Le attese riferite attengono alla riduzione dello stress per l'operatore di triage (38%), alla maggiore soddisfazione dell'utente (29%), alla riduzione dei tempi d'attesa (22%) e alla redistribuzione delle risorse umane tra i codici più gravi e impegnativi (11%).

Ma sono confessati anche i rischi temuti: il sovraccarico di responsabilità per l'operatore di triage (42%), la difficoltà

di dover interagire con figure esterne al PS (16%), la resistenza a dover applicare un nuovo modulo di lavoro (13%), l'insieme di tutti questi fattori (29%).

PER CONCLUDERE QUALCHE CONSIDERAZIONE

In conclusione, si apprezza l'interesse per il nuovo metodo/modello, ma si rileva la necessità sia della sua più approfondita conoscenza tecnica sia del superamento del preconceito che un'esperienza innovativa si sommi con un ulteriore carico di lavoro, mentre dovrebbe far parte della formazione continua e del bagaglio professionale al passo.



Ospedale per intensità di cure, è possibile? Studio preliminare su alcuni reparti di area medica dell'ospedale di Latina

di Antonio Capodilupo¹, Stefano Zanuto²

¹Docente di Psicologia del Lavoro e delle Organizzazioni, Facoltà di Farmacia e Medicina dell'Università "La Sapienza" di Roma, Corso di LM Scienze Infermieristiche e Ostetriche - di Latina

²Dottore magistrale in Scienze Infermieristiche e Ostetriche

Corrispondenza:
capodilupo@teletu.it

BIBLIOGRAFIA

(1) Allegrini E., Maimeri P., Ferrari C. et al. *Sistemi di classificazione dei pazienti*. Assistenza Infermieristica e Ricerca, 2006; 25(1):56-60.

(2) Baragatti L, Messina G, Ceccarelli F, Tonelli L, Nante N (2009) *Organizzazione ospedaliera per intensità di cure e di assistenza: proposta di un metodo per la stima del fabbisogno di unità di assistenza nelle aree di degenza e correlazione con la complessità assistenziale*, Organizzazione Sanitaria 1/2009, 5-35.

(3) Bartolomei C, Cei M. *L'allocazione dei pazienti in un reparto di Medicina Interna organizzato per intensità di cure: lo studio ADOIT Tri-Co (Triage di Corridoio)*. Italian Journal of Medicine 2007; 2(1):31-39.

(4) Bodenheimer T, Wagner EH, Grumbach K. (2002). *Improving primary care for patients with chronic illness*. Journal of the American Medical Association. 288, 1775-1779.

(5) Bollini G, Colombo F, Lollì A., *L'intensità assistenziale e la complessità clinica: un progetto di ricerca della Regione Lombardia*. Era Futura, Milano, 2011.

(6) Buttura R *Appunti per una storia della sanità italiana*. (Internet). consultato 12 agosto 2015, disponibile all'indirizzo: <http://www.societasalutediritti.com/documenti/20042705APPUNTIIPERUNASTORIADELLASANITAITALIANA.htm>

(7) Cantarelli M, Pontello G. *Principi amministrativi applicati alla professione*. Masson, Milano, 1993.

Dall'organizzazione per unità operative, classificate per discipline mediche, all'organizzazione care centered: è questa la direzione da seguire nel prossimo futuro. I bisogni del paziente e la complessità delle cure da erogare sono gli assi del criterio di aggregazione che deve essere considerato.

UNA PREMESSA PER ENTRARE NEL MERITO

Baragatti et al. (2009) auspicano che l'ospedale si caratterizzi sempre più come struttura per acuti e, quindi, che siano ben distinte due aree assistenziali, caratterizzate da differente progettualità:

- 1 *aree orientate ad interventi rapidi e di grande complessità e specialità*, riservate a pazienti con forme acute, caratterizzate da un numero di letti e da tempi di degenza sempre più contenuti. Il dimensionamento di queste aree dovrà essere orientato al bacino di riferimento e, in esse, saranno allocate funzioni specialistiche e tecnologiche in rapporto alle esigenze assistenziali, tali da assicurare adeguati elementi di fruibilità e di qualità;
- 2 *aree destinate all'assistenza in fase di post-acuzie e per riabilitazione*, per affrontare la cronicizzazione delle forme neoplastiche ed in generale di tutte le forme cronicodegenerative.

Le seconde, impegnate anche in alcune patologie di tipo più marcatamente sociale, dovranno confluire nella rete assistenziale dei servizi sociosanitari territoriali, diminuendo in modo significativo il carico improprio sull'ospedale, oppure essere assicurate direttamente a domicilio, supportate da innovative piattaforme di telemedicina. Baragatti stesso illustra le scelte, conseguenti e operative, che sono state adottate nella USL 7 della Toscana, dove è stato assunto, come principio generale, di mantenere distinte area medica e

area chirurgica e di ipotizzare i diversi livelli di intensità:

- **Livello 1 - Alta intensità: terapia intensiva** e sub intensiva, in cui trovano collocazione:
 - pazienti con patologie acute caratterizzate da compromissione delle funzioni vitali che richiedono un supporto artificiale o farmacologico delle stesse ed un monitoraggio invasivo;
 - pazienti, sia chirurgici che medici, in condizioni di instabilità delle funzioni vitali o che dopo una fase critica non hanno ancora riacquisito la stabilità (es. pazienti svezzati, post operatorio) e che non hanno più necessità di supporto strumentale alle funzioni vitali.

Sul piano organizzativo si realizza un'unità funzionale a gestione multidisciplinare che ospita nell'area intensiva i pazienti con insufficienza acuta di organo, ed in quella subintensiva i pazienti acuti clinicamente instabili e pazienti nell'immediato post-operatorio.

- **Livello 2 - Media intensità:** in cui trovano collocazione pazienti in fase acuta non in pericolo di vita, pazienti ancora instabili, ma non ad alto rischio di decesso e pazienti in elezione:
 - area medica: pazienti con patologie acute internistiche e cardiologiche che possono essere trattate in regime ordinario, non necessitando di monitoraggio o trattamento intensivo;
 - area chirurgica: pazienti con patologie chirurgiche (chirurgia generale, ortopedia, ginecologia); al suo

interno, è possibile un'ulteriore suddivisione, in base alla durata della degenza, in due sottoaree così distinte:

- degenza breve: ricoveri programmati, dimissibili entro cinque giorni, one-day surgery;
- degenza ciclo continuo: ricoveri programmati la cui durata di degenza supera i 5 gg, ricoveri urgenti, pazienti trasferiti dalla degenza breve.

- **Livello 3 - Attività a ciclo diurno:** in cui trovano collocazione i ricoveri a regime diurno, sia medici che chirurgici, le attività di tipo ambulatoriale, le attività di preospedalizzazione, eventuali attività di day service per la gestione di percorsi diagnostico-terapeutici con effettuazione di prestazioni multiple integrate e/o complesse (es. follow up paziente diabetico).

OSPEDALE PER INTENSITÀ DI CURE, COSA CAMBIA

Con la riorganizzazione dei luoghi di cura delineata in premessa, nel servizio ospedaliero si determinano cambiamenti significativi:

- viene superato il frazionamento per attività specialistiche e si introduce un modello gestionale, di tipo funzionale e multiprofessionale;
- il paziente non si muove all'interno della struttura, ma sono gli specialisti a ruotare intorno al letto del paziente, che è ricoverato in base alle necessità assistenziali di cura e di degenza del momento;
- viene valorizzata la centralità dell'utente.

Graficamente, le differenze di funzionamento prima/dopo possono essere rappresentate come segue (Figura 1, Figura 2 a pag. 14).

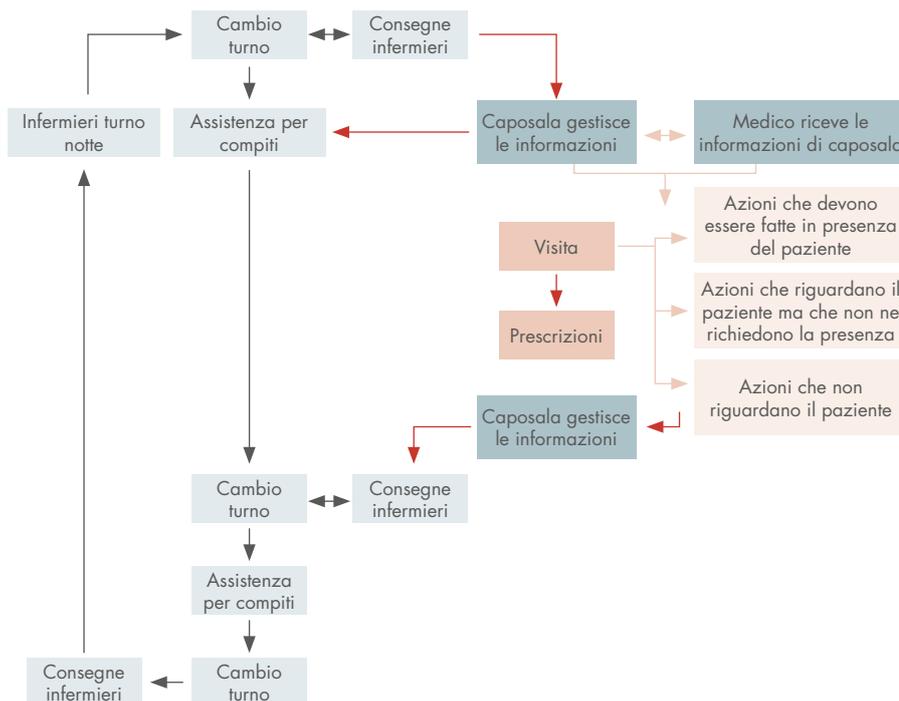


Figura 1- FUNZIONAMENTO DEL REPARTO "CLASSICO"

BIBLIOGRAFIA

(8) Cavaliere B. Sviluppo e applicazione del metodo ICA. Aspetti correlati al "carico di lavoro" e alla determinazione del fabbisogno di personale sanitario e di supporto. Sanità Pubblica e Privata 2012; 1:20-31.

(9) Consiglio Direttivo FADOI Emilia Romagna. Medicina Interna e organizzazione ospedaliera per intensità di cure: la posizione di FADOI Emilia Romagna. Italian Journal of Medicine 2012; 6:72-74.

(10) Consiglio regionale Toscana, Deliberazione del 12 febbraio 2003, n. 31: Indirizzi alle aziende sanitarie per l'attuazione del programma pluriennale di interventi sanitari strategici - All. A, Bollettino Ufficiale n. 11, parte seconda, del 12/03/2003 (Internet). consultato 12 agosto 2015, disponibile all'indirizzo:

(11) http://ades.dicar.units.it/01_progetti/proj_105/img/delibera_2003_031_A.pdf.

(12) Consiglio Sanitario Regione Toscana. National Early Warning Score (NEWS): misurazione standardizzata della gravità della malattia. Documento Regionale di Indirizzo n.24, 2014.

(13) Di Mauro S. (2010). "Gli elementi culturali a sostegno di una organizzazione clinica ospedaliera per intensità di cure e di complessità dell'assistenza infermieristica". In Atti del Convegno "Il modello assistenziale per intensità di cure nel Nuovo Ospedale: aspetti teorici e applicativi", A.O. OORR Bg, 4-2-2010, 15-27.

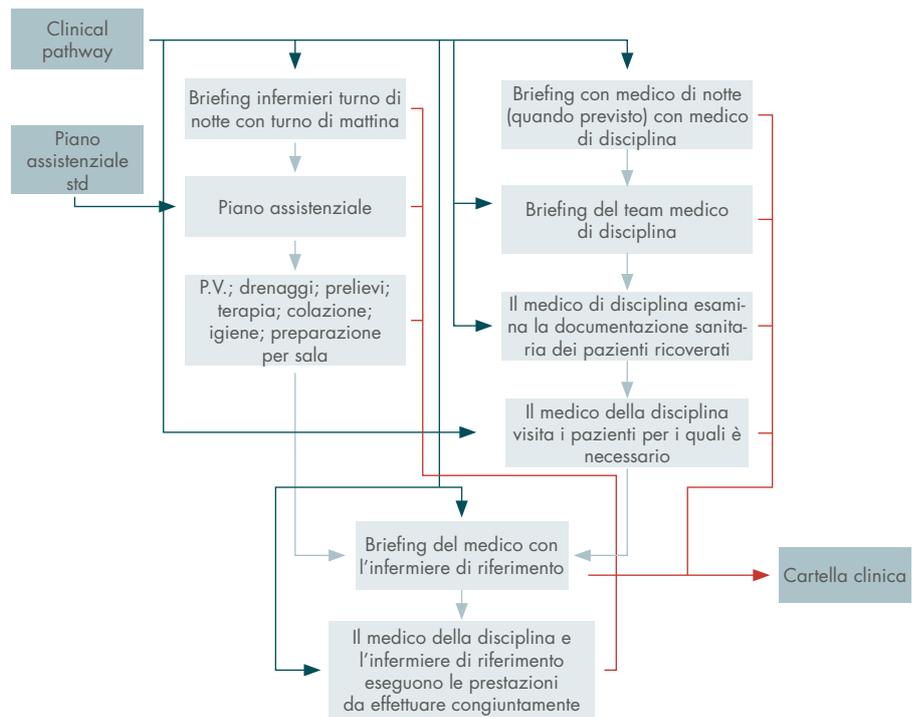
(14) Giovaninetti P. Understanding patient classification systems. J Nurs Adm, 1979; 9(2): 4-9.

(15) Goggi E, Sormani L. La sfida dei cinque nuovi ospedali in Lombardia. Realismo o velleità. Agorà 2010; Genn-Mar, 44:17-18.

(16) Guerriero G, Regonasci N, Busi P. La complessità assistenziale: tra personalizzazione delle cure e urgenza classificatoria del nursing. Tempo di Nursing - Collegio IPASVI di Brescia 2009; 54: 7-11.

(17) Lancia L, Di Labio L, Carpico A et al. Relazioni tra gli aspetti principali che definiscono il concetto di carico di lavoro del personale infermieristico: revisione della letteratura. Professioni Infermieristiche 2011; 64(1): 3-10.

Figura 2 - FUNZIONAMENTO DEL REPARTO "MODERNO"



BIBLIOGRAFIA

(18) Moroni P, Colnaghi E, Bonfanti M et al. Nuovi "modelli modulari di cura": l'intensità di cura a dimensione variabile. Il caso dell'Azienda Ospedaliera di Desio e Vimercate. Sanità Pubblica e Privata 2011; 3:46-57.

(19) Pagiusco G, Falloppi P. Complessità assistenziale: modelli a confronto. Management Infermieristico 2006; 1:11-21.

(20) Pettinà G, Seghieri G, Monfardin M, Cirillo L, Badini P, Venturi S. Il rilevamento dell'indice di complessità assistenziale per la definizione di elevata intensità di cura in Medicina Interna. G It Medicina Interna 2005;4(2):64-8.

(21) Pignatto A, Regazzo C, Tiberi P. Intensità di cure e complessità dell'assistenza: i due nuovi paradigmi dell'organizzazione ospedaliera. Agorà 2010; 44:13-15.

(22) Polverini F, Di Giulio P, Gregari D. Esperienza di validazione dell'indice di complessità assistenziale (ICA) presso un'Azienda Sanitaria Ospedaliera della Regione Liguria. L'infermiere 2009; 26-33.

(23) Silvestro A, Maricchio R, Montanaro A, Molinar Min M, Rossetto P. La complessità assistenziale. Concettualizzazione, modello di analisi metodologia applicativa. McGraw-Hill, Milano, 2009.

(24) Wagner EH. (1998). Chronic disease management: What will it take to improve care for chronic illness? Effective Clinical Practice. 1, 2-4.

DUE I MODELLI DI RIORGANIZZAZIONE

La riorganizzazione in ospedale per intensità di cure è concepita secondo due modelli:

- 1 quello prevalente, articolato in aree, chiamate "piattaforme logistiche di ricovero", che aggregano i pazienti in base alla maggiore o minore gravità del caso e al conseguente minore o maggiore livello di complessità assistenziale. Ne è esempio l'Ospedale di Sassuolo, in Emilia Romagna, dove sono state previste sette aree di ricovero, distinguibili anche per colore:
 - area rossa ad alta intensità di cura per la degenza di persone con problemi di salute di natura cardiologica, pneumologica, di medicina d'urgenza e post intervento chirurgico;
 - area verde a media intensità di cura, per la degenza di persone con problemi di salute di natura medico internistica o di medicina d'urgenza;
 - area blu a media intensità di cura, per la degenza di persone con problemi di salute di natura medico internistica cardiologica e pneumologica;
 - area rosa, per la degenza di ostetricia e pediatria;
 - area lilla a media intensità di cura, per la degenza di persone con problemi di salute di natura chirurgica ed urologica;

- area arancione a media intensità di cura, per la degenza di persone con problemi di salute di natura ortopedica e di chirurgia plastica;
 - area gialla a media intensità di cura, per la degenza di persone con problemi di salute di natura ginecologica, proctologica, otorinolaringoiatrica e degenze brevi di ogni specialità chirurgica.
- 2 quello integrato Hub & Spoke, il cui esempio è realizzato nell'azienda USL Arezzo, dove si prevede la concentrazione dell'assistenza di maggiore complessità in "centri di riferimento/eccellenza" (Hub) e l'invio dei pazienti a questi, da parte dei centri periferici, quando le condizioni patologiche superano una soglia di complessità non gestibile nei centri minori (Spoke). Si ottiene così una razionalizzazione del sistema produttivo (concentrazione di attività complesse in centri di riferimento), puntando alla copertura h 24 delle attrezzature a elevata complessità tecnologica. Per ognuno dei centri di riferimento/eccellenza è necessario identificare i bacini di popolazione di riferimento, i processi e percorsi assistenziali, le caratteristiche funzionali, strutturali ed organizzative dei nodi della rete, i criteri di collegamento tra i servizi e i criteri soglia di invio e rinvio al e dal centro di eccellenza.

Figura 3 - LO SCORE MEWS

Categoria	3	2	1	0	1	2	3	Score
PA max	≤70	71-80	81-100	100-199		≥200		
Fc, bm		≤40	41-50	51-100	101-110	111-129	≥130	
Fr, apm		≤9		9-14	15-20	21-29	≥30	
TC, °C		≤35		35-38,4		≥38,5		
Coscienza				Sveglio	Vigile	Reagisce al dolore	Non reagisce agli stimoli	
							Totale	

LIVELLO DI INSTABILITÀ / SEVERITÀ CLINICA
MEWS

Punteggio da 0 a 2: Paziente Stabile (0)
 Punteggio da 3 a 4: Paziente Instabile (1)
 Punteggio > 5: Paziente Critico (2)

In modo analogo, la regione Lazio, con Decreto del Commissario ad Acta 5 luglio 2013, n. U00314, "Adozione della Proposta di Programmi Operativi 2013- 2015", nel Programma 13 – Reti assistenziali per intensità di cure, si pone l'obiettivo di individuare dei presidi secondo il modello Hub & Spoke, in base alla logica dell'intensità delle cure (es. rete trauma, oncologia, ictus, trapianti).

INTENSITÀ DI CURE, GLI STRUMENTI DI VALUTAZIONE

L'attuazione del nuovo modello richiede l'adozione di strumenti di valutazione della complessità assistenziale e dell'intensità di cure, la cui somministrazione richiede l'impegno peculiare delle professionalità infermieristiche (Pettinà et al., 2005; Pagiusco e Falloppi, 2006; Guerriero et al., 2009; Polverini et al., 2009; Silvestro et al., 2009; Pignatto et al., 2010).

Giovannetti (1979) definisce la classificazione dei pazienti come una categorizzazione basata su una stima dei loro bisogni di assistenza durante uno specifico periodo di tempo. Lo scopo principale è di prevedere il livello di risorse umane, sulla base delle variazioni dei bisogni di assistenza, di confrontare la quantità di assistenza offerta tra reparti simili e di definire la quantità di risorse da negoziare (Allegrini, 2006).

Nella letteratura del Nursing, soprattutto negli USA, in Inghilterra e nei paesi nordici, a partire dagli anni '50, si rin-

vengono circa 50 strumenti di classificazione per la misurazione della complessità assistenziale, riconducibili a 5 macro-filoni:

- 1 strumenti basati sulla dipendenza delle persone;
- 2 strumenti basati sulle attività infermieristiche;
- 3 strumenti basati sui piani di assistenza;
- 4 strumenti sulla complessità assistenziale;
- 5 strumenti che integrano più score.

Negli ultimi studi condotti in Italia, per intercettare il livello di intensità clinica dei pazienti all'ammissione e monitorarne l'andamento durante il ricovero, sono stati usati più frequentemente:

- MEWS (Modified Early Warning Score), UK 1999 – 2000;
- ViEWS e NEWS (Vital-PAC Early Warning Score e National Early Warning Score), UK 2007;
- CIRS (Cumulative Illness Rating Scale), USA - fine anni '70;
- KPS (Karnofsky Performance Scale), USA - primi anni '80.

DALLA TEORIA ALLA PRATICA, L'INDAGINE

Il campione

Il campione è costituito da 110 pazienti, reclutati in modo casuale nell'ospedale civile "S. Maria Goretti" di Latina, dal 1 giugno 2014 al 31 agosto 2014, presso le unità operative di Medicina (80), Neurologia (15) e Malattie infettive (15). Il 47,3% è costituito da femmine ed il 52,7% da maschi.

Le pazienti sono risultate più anziane (età media 76,4; mediana 77; moda 80 anni) rispetto agli uomini (età media 69,4 anni; moda e mediana 73).

Per ogni paziente, attraverso la cartella clinica, sono stati rilevati i 5 parametri fisiologici (pressione arteriosa sistolica, frequenza cardiaca, frequenza respiratoria, temperatura corporea e stato di vigilanza) per l'indice MEWS, mentre i parametri assistenziali dell'indice IDA sono stati rilevati visitando il paziente, intervistando i familiari ed il personale di reparto.

Lo strumento utilizzato

Nell'indagine effettuata è stato impiegato il Tri-Co - Triage di Corridoio, pensato per identificare precocemente il livello di intensità di cura richiesto dal paziente (Bartolomei e Cei, 2007; Bollini et al, 2011).

Il Tri-Co si compone di due score:

- il MEWS, che esplora la severità/instabilità clinica, considerando 5 dimensioni (Figura 3). I punteggi di ciascuna dimensione, tranne la temperatura corporea, variano tra 0 e 3; sommandoli si ottiene il MEWS totale, che varia da 0 a 14. Il cut-off adottato negli studi di riferimento prevede che il paziente sia considerato critico se il punteggio MEWS ≥5;
- l'IDA, che indaga la complessità assistenziale valutando il livello di dipendenza dall'assistenza infermieristica (Cantarelli e Pontello,

Figura 4 - LO SCORE IDA

LIVELLO DI COMPLESSITÀ ASSISTENZIALE
IDA

Punteggio da 7 a 11: **alta** dipendenza assistenziale (2)

Punteggio da 12 a 19: **media** dipendenza assistenziale (1)

Punteggio da 20 a 28: **bassa** dipendenza assistenziale (0)

ALIMENTAZIONE - IDRATAZIONE		ELIMINAZIONE (ALVO E URINE)		IGIENE E COMFORT		MOBILIZZAZIONE	
1	NPT o Net	1	Incontinenza urinaria e dell'alvo permanente	1	Intera igiene corporea a letto senza l'aiuto del paziente	1	Allettato
2	Deve essere imboccato	2	Incontinenza urinaria e/o dell'alvo occasionale	2	Intera igiene corporea a letto con l'aiuto del paziente	2	Mobilizzazione su poltrona
3	Necessita di aiuto per alimentarsi	3	Catetere vescicale a permanenza	3	Igiene intima a letto, indipendente nell'uso dei servizi	3	Cammina con l'aiuto di una o più persone
4	Autonomo	4	Autonomo	4	Autosufficiente	4	Autonomo
PROCEDURE DIAGNOSTICHE				PROCEDURE TERAPEUTICHE		PERCEZIONE SENSORIALE	
1	Monitoraggio dei parametri vitali continuo			1	Catetere venoso centrale per infusione continua nelle 24h	1	Stato soporoso / coma
2	Monitoraggio dei parametri vitali ripetuto per periodi inferiori a 1h			2	CVC o periferico per infusione non continua	2	Disorientamento temporo spaziale continuo, uso di sedativi giorno e notte
3	Monitoraggio dei parametri vitali ripetuto per periodi superiori a 1h			3	Terapia per os., i.m., e.v. (comprese le fleboclisi)	3	Disorientamento temporo spaziale occasionale, dorme di notte con o senza sedativi
4	Esami diagnostici di routine ed altri accertamenti			4	Terapia solo per os. o nessuna terapia	4	Paziente vigile e orientato, non necessità di alcun sedativo la notte

Figura 5 - L'INDICE DI INTENSITÀ DI CURA

		MEWS		
		MEWS 0-2 0	MEWS 3-4 1	MEWS >5 2
IDA	IDA 20-28 0	BASSA	MEDIA	ALTA
	IDA 12-19 1	MEDIA	MEDIA	ALTA
	IDA 7-11 2	ALTA	ALTA	ALTA

1993). È composto da 7 aree – bisogni assistenziali e procedure diagnostico/terapeutiche – (Figura 4).

Ogni area è declinata in 4 livelli di dipendenza con punteggio variabile da 1 (maggiore dipendenza) a 4 (minore dipendenza).

Ad ogni paziente è attribuito uno score compreso tra 7 e 28, con le seguenti fasce:

- punteggio da 7 a 11 > alta dipendenza assistenziale;
- punteggio da 12 a 19 > media dipendenza assistenziale;
- punteggio da 20 a 28 > bassa dipendenza assistenziale.

L'integrazione dei due score che compongono il Tri-Co prevede i seguenti range (Figura 5):

- 1 Bassa intensità di cure:
MEWS da 0 a 2 + IDA da 20 a 28 = indice di intensità di cure 0-0;
- 2 Media intensità di cure:
MEWS da 0 a 2 + IDA da 12 a 9 = indice di intensità di cure 0-1;
MEWS da 3 a 4 + IDA da 20 a 28 = indice di intensità di cure 1-0;
MEWS da 3 a 4 + IDA da 12 a 9 = indice di intensità di cure 1-1;
- 3 Alta intensità di cure:
MEWS da 0 a 2 + IDA da 7 a 11 = indice di intensità di cure 0-2;
MEWS > 5 + IDA da 20 a 28 = indice di intensità di cure 2-0;
MEWS > 5 + IDA da 12 a 9 = indice di intensità di cure 2-1;
MEWS > 5 + IDA da 7 a 11 = indice di intensità di cure 2-2.

DAI RISULTATI ALCUNE CONSIDERAZIONI

I punteggi MEWS aggregano i pazienti secondo il livello di instabilità clinica come segue (Figura 6).

L'80,9% dei ricoveri ha punteggio compreso tra 0 e 2, considerato stabile,

l'età media è di 77 anni, la durata media del ricovero è di 10,2 giorni.

L'84,3% di questi è dimesso a domicilio mentre il 15,7% è trasferito presso altra struttura; il 17,3% dei ricoveri ha punteggio compreso tra 3 e 4, considerato instabile, l'età media è di 80 anni, la durata media del ricovero è di 11,1 giorni. Il 47,63% di questi è dimesso a domicilio, il 36,7% è trasferito presso altra struttura, mentre il restante 15,7% è deceduto. L'1,8% dei ricoveri ha punteggio 6 e 10, considerato critico, l'età media è di 82 anni, la durata media del ricovero è di 5,5 giorni.

Il 50% di questi è dimesso a domicilio, l'altro 50% è deceduto.

I punteggi IDA raggruppano i pazienti secondo il livello di dipendenza assistenziale come segue (Figura 7).

Il 54,6% dei ricoveri ha punteggio compreso tra 12 e 19, considerato di media dipendenza, l'età media è di 77 anni, la durata media del ricovero è di 9,9 giorni. Il 68,3% di questi è dimesso a domicilio, il 23,3% è trasferito presso altra struttura e l'8,4% è deceduto.

Il 39,1% dei ricoveri ha punteggio compreso tra 20 e 28, considerato di bassa dipendenza, l'età media è di 69 anni, la durata media del ricovero è di 8,3 giorni. Il 91,2% di questi è dimesso a domicilio mentre il restante 8,8% è trasferito presso altra struttura. Il 6,3% dei ricoveri ha punteggio 7 e 11, considerato di alta intensità assistenziale, l'età media è di 77 anni, la durata media del ricovero è di 11,5 giorni. Il 71,4% di questi è dimesso a domicilio, mentre il restante 28,6% è trasferito presso altra struttura.

Incrociano i valori IDA e MEWS (Figura 8 pag 18), risulta che la gran parte dei casi (40,9%) si colloca in una delle aree gialle, con situazione clinica stabile e con indice medio di intensità di

Figura 6 - L'AGGREGAZIONE DEI PAZIENTI SECONDO L'INSTABILITÀ CLINICA

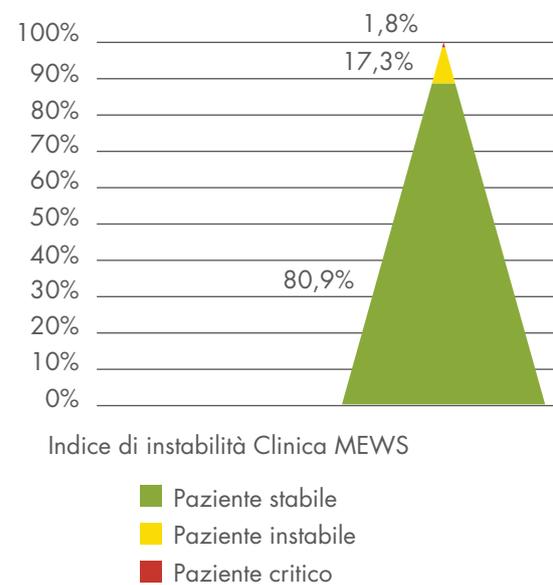
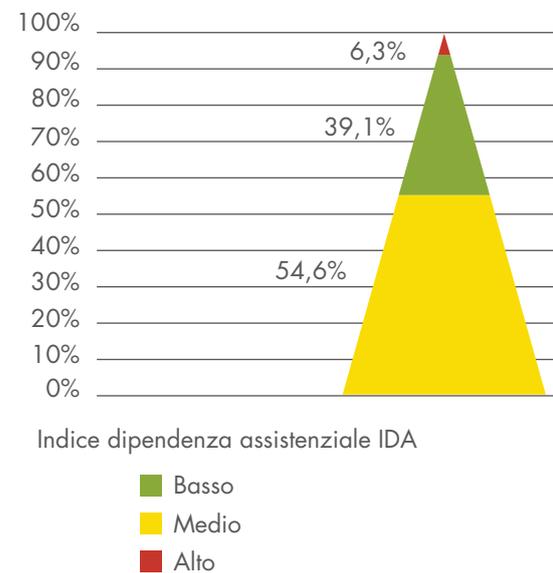


Figura 7 - L'AGGREGAZIONE DEI PAZIENTI SECONDO IL LIVELLO DI COMPLESSITÀ



cure, seguita dall'area verde (37,3%), con situazione clinica stabile e con indice basso di intensità di cure.

Una prima considerazione attiene all'elevata proporzione di casi a bassa complessità. Poiché le unità operative indagate sono di area medica, ma non è riportata le diagnosi, verosimilmente potrebbe trattarsi di patologie che possono essere seguite nelle sedi distrettuali, in particolare nelle recenti Case delle Salute, ove siano attivati PDTA – Percorsi Diagnostico-Terapeutici Assistenziali per le patologie croniche.

Questo a beneficio dell'appropriatezza organizzativa, se si considera che l'assorbimento di risorse è pressoché uniforme per le varie tipologie assistenziali, dato che l'area verde impegna una degenza media di 8,7 giorni, l'area rossa di 9,6 giorni e l'area gialla di 10,1 giorni, superiore dunque a quella rossa. Per contro, occorrerebbe rimodulare la capacità assistenziale dei



Figura 8 - LA CLASSIFICAZIONE DEI PAZIENTI

		MEWS		
		0 PZ STABILE	1 PZ INSTABILE	2 CRITICO
IDA	0 BASSO	37,3% 66 anni 8,7gg	0,9% 73 anni 9gg	0,9% 83 anni 4gg
	1 MEDIO	40,9% 76 anni 9,6gg	12,7% 79 anni 11,6gg	0,9% 80 anni 7gg
	2 ALTO	1,8% 92 anni 16gg	0,9% 74 anni 11gg	3,6% 71 anni 10gg

reparti esaminati, dal momento che, salendo dal livello di intensità di cure, basso - medio - alto, cresce il numero dei trasferiti in altra struttura, rispettivamente dal 9,2% al 19,0% fino al 25%, e aumenta il numero dei decessi in ospedale, rispettivamente dallo 0% al 7,9% fino al 20%.

Nel confronto tra le tre divisioni, medicina riproduce i valori medi complessivi, mentre malattie infettive ha un picco dell'86,7% nell'area verde e neurologia dell'80% nell'area gialla MEWS 0 -IDA 1: il terzo valore può comprendersi, mentre appare poco giustificato il secondo. L'ulteriore analisi dei dati ha indicato che l'IDA all'ammissione correla con la durata della degenza e che l'IDA stesso è più sensibile nell'identificare i pazienti che rimarranno più a lungo in ospedale. Ove l'osservazione emersa sia confermata da una casistica più ampia, depone per un diffuso impiego

dell'IDA. L'indagine ha evidenziato anche che il MEWS ≥ 5 è associato all'imminente instabilità clinica ed al 50% di decessi, che il punteggio MEWS = 4 fa scendere i decessi al 15,7%, sino ad arrivare allo 0% per punteggio MEWS = 2. La scarsa correlazione tra MEWS e IDA suggerisce che i due punteggi siano solo in parte sovrapponibili, piuttosto complementari, e che quindi in futuro si possa prevedere di identificare uno score composito, medico e infermieristico, che riduca al minimo l'imprecisione insita in ciascuno dei due approcci al paziente.

PER CONCLUDERE

Il sovraffollamento degli ospedali (overcrowding), che in questi anni si è venuto a determinare in moltissime realtà ospedaliere italiane, per via di molteplici cause, ha prodotto serie difficoltà operative, spesso fonte di disservizi e diseconomie, e di rischi oggettivi per il

malato acuto che accede ai dipartimenti di emergenza con necessità di ricovero urgente. Ricoverare i pazienti medici in corsie indifferenziate, senza una preliminare stratificazione del rischio, può comportare un trattamento subottimale e un aumento di mortalità.

Uno dei problemi più rilevanti, in termini di potenziale induzione di outcome sfavorevoli, è quello di trovarsi costretti, per mancanza di posti letto disponibili, ad allocare malati acuti instabili in strutture di ricovero, che non presentano le caratteristiche indispensabili, in termini di personale e di risorse tecnologiche, tali da offrire un setting assistenziale adeguato ai problemi clinici presentati.

Quando il grado di instabilità clinica del malato risulta elevato, occorre prevedere, fin dalla sua ammissione in ospedale, la sistemazione in una unità operativa, che realmente offra un percorso diagnostico-terapeutico e assistenziale adeguato al tipo di gra-

vità riscontrata, coordinato e integrato nei vari momenti in cui esso si articola, secondo logica di presa in carico e di continuità. Per un utilizzo più appropriato dei posti letto in aree ad altissimo tasso di occupazione, e quindi dotate di ridotta flessibilità, ma anche per un corretto uso delle risorse disponibili in realtà meno affollate e con dotazioni organiche meno contratte, può essere utile prevedere l'attivazione di un sistema di triage interno all'ospedale, finalizzato a stratificare, in maniera semplice e rapida, il livello di gravità clinica del paziente acuto, per assisterlo nel setting più adeguato.

I nuovi modelli di assistenza per intensità di cure vogliono evitare di prestare ai pazienti, indistintamente, un livello di cure "medio", abbassando il livello assistenziale dei pazienti più gravi ed elevando inutilmente quello dei pazienti più stabili (i cosiddetti "effetto tetto" ed "effetto pavimento").

Per tale motivo, è desiderabile adottare una metodologia di lavoro che collochi i pazienti in aree ad assistenza appropriata; in tal modo, riducendo la necessità di spostare più volte i pazienti, che sempre trascina un dispendio di energie e di risorse economiche.

Il Tri-Co, utilizzato come strumento di triage all'ammissione, è non solo efficace ma anche semplice e riproducibile in un'ampia gamma di strutture ospedaliere, con differenti potenzialità di cura e con casistiche non omogenee per complessità. Il Tri-Co, inoltre, può essere ripetuto in occasione di subentrante instabilità del quadro clinico, al fine di ricollocare il paziente in altra area assistenziale. Esso, pertanto, può trovare impiego per allocare i pazienti secondo la logica della medicina per intensità di cure.



Il nuovo Codice Deontologico dell'Infermiere

a cura della REDAZIONE

Aggiornate le regole della nostra professione: la prima stesura del nuovo Codice deontologico che ci farà da guida nei prossimi anni è stata presentata a Roma il 26 novembre scorso ai presidenti dei 103 Collegi provinciali.

IL NUOVO CODICE DEONTOLOGICO, ALCUNE NOVITÀ

Sono 40 gli articoli che compongono il nuovo testo: il bene e il rispetto della persona assistita, della sua volontà, dei suoi diritti e della sua famiglia, il filo rosso che li unisce.

Molte le novità introdotte, tra queste, quelle sul nuovo ruolo professionale, sia a livello di management che clinico, degli infermieri nelle strutture sanitarie, nella libera professione e sul territorio. Esplicito nel capitolo Relazione e comunicazione, il riferimento alla comunicazione anche informatica che deve essere connotata da correttezza, trasparenza, veridicità, rispetto.

Importante anche il capitolo del fine vita in cui viene ribadito l'obbligo deontologico di assistere la persona fino al termine della vita, tutelandone la volontà di porre dei limiti agli interventi

che ritiene non siano proporzionati alla sua condizione clinica e coerenti con la concezione di qualità della vita.

L'APPROVAZIONE DEL NUOVO CODICE DEONTOLOGICO

Dopo la prima lettura da parte dei presidenti dei Collegi, riferimento territoriale della professione, una consultazione pubblica con i 440mila iscritti nei primi mesi del 2017, secondo le regole (linee guida) e le raccomandazioni dettate dalla Funzione pubblica.

Saranno consultate anche le associazioni infermieristiche e i cittadini. I Collegi provinciali trasmetteranno poi alla Federazione la rielaborazione del materiale e dei suggerimenti pervenuti, per giungere all'approvazione definitiva e all'entrata in vigore delle nuove regole di riferimento per la professione infermieristica.





Per esprimersi sul nuovo testo

Ogni iscritto al Collegio Provinciale attraverso il link “Consultazione nuovo codice deontologico” presente all’interno della Intranet dell’Albo Unico Nazionale, potrà collegarsi all’applicazione per la consultazione del nuovo Codice deontologico e inserire un commento per ogni Capo e articolo, oltre ad un commento generale.

Il link all’area riservata dell’Albo Unico Nazionale, dove sarà presente l’applicazione per la consultazione del nuovo Codice deontologico, è raggiungibile dal portale istituzionale della Federazione Nazionale (www.ipasvi.it) nella specifica sezione “Comunica online con il tuo Collegio”.

Il link diretto per la registrazione/accesso è il seguente: <http://albo.ipasvi.it/intranet>
La registrazione alla intranet, qualora non si sia già registrati, è obbligatoria.

Tutti i commenti una volta inseriti e confermati non saranno più modificabili ma solo consultabili dall’iscritto stesso.

La consultazione avrà la durata di tre mesi e si chiuderà il 30 aprile 2017.



IL TESTO DEL NUOVO CODICE DEONTOLOGICO

Capo I - I principi e i valori

- 01 L’infermiere è il professionista sanitario che nasce, si sviluppa ed è sostenuto da una rete di valori e saperi scientifici. Persegue l’ideale di servizio. È integrato nel suo tempo e si pone come agente attivo nella società a cui appartiene e in cui esercita.
- 02 L’infermiere persegue l’ideale di servizio orientando il suo agire al bene della persona, della famiglia e della collettività. Le sue azioni si realizzano e si sviluppano nell’ambito dell’assistenza, dell’organizzazione, dell’educazione e della ricerca.

- 03 L’infermiere cura e si prende cura, nel rispetto della dignità, della libertà, dell’uguaglianza della persona assistita, delle sue scelte di vita e della sua concezione di salute e di benessere.
- 04 L’infermiere nell’agire professionale utilizza l’ascolto e il dialogo. Si fa garante che la persona assistita non sia mai lasciata in abbandono.
- 05 L’infermiere si attiva per l’analisi dei dilemmi etici. Promuove il ricorso alla consulenza anche al fine di contribuire all’approfondimento e alla riflessione etica.
- 06 L’infermiere si impegna a sostenere la relazione assistenziale anche qualora la persona manifesti con-

cezioni etiche diverse dalle proprie. Laddove la persona assistita esprimesse e persistesse in una richiesta di attività in contrasto con i principi e i valori dell’infermiere e/o con le norme deontologiche della professione, si avvale della clausola di coscienza rendendosi garante della continuità assistenziale.

Capo II - La funzione assistenziale

- 07 L’infermiere tutela l’ambiente e promuove stili di vita sani anche progettando, specifici interventi educativi e informativi a singoli, gruppi e collettività, organizzandoli e partecipando ad essi.
- 08 L’infermiere dà valore alla ricerca



e alla sperimentazione. Progetta, svolge e partecipa a percorsi di ricerca in ambito clinico, assistenziale e organizzativo di cui cura e diffonde i risultati.

- 09 L'infermiere fonda il proprio operato su conoscenze validate e aggiorna saperi e competenze attraverso il pensiero critico, l'educazione continua, l'esperienza, lo studio e la ricerca. Progetta, svolge e partecipa ad attività di formazione.
- 10 L'infermiere adotta comportamenti leali e collaborativi con i colleghi e gli altri operatori. Riconosce e valorizza il loro specifico apporto nel processo di assistenza. Si forma e/o chiede supervisione per attività nuove o sulle quali ha limitata casistica.
- 11 L'infermiere agisce sulla base del proprio livello di competenza e ricorre, se necessario, all'intervento e/o alla consulenza di infermieri esperti o specialisti.
- 12 L'infermiere presta consulenza ponendo le sue conoscenze e abilità a disposizione della propria, delle altre comunità professionali e delle istituzioni.
- 13 L'infermiere riconosce che l'interazione e l'integrazione intra e inter professionale sono fondamentali per rispondere alle richieste della persona.

Capo III - La relazione e la comunicazione

- 14 L'infermiere ascolta la persona assistita, la informa e dialoga con

essa per valutare, definire, qualificare e attuare la risposta curativo assistenziale e facilitarla nell'esprimere le proprie scelte.

- 15 L'infermiere rileva e facilita l'espressione del dolore della persona assistita durante l'intero processo di cura. Si adopera affinché la persona assistita sia libera dal dolore.
- 16 L'infermiere favorisce i rapporti della persona assistita con chi le è di riferimento e con la sua comunità, tenendo conto della dimensione interculturale.
- 17 L'infermiere conosce il progetto diagnostico e terapeutico. Dà valore all'informazione integrata multi professionale di cui cura la relativa documentazione. Si adopera affinché la persona assistita disponga delle informazioni necessarie ai suoi bisogni di vita.
- 18 L'infermiere nell'esercizio professionale assicura e tutela la riservatezza della persona assistita e dei dati ad essa relativi durante l'intero processo di cura. Nel trattare i dati si limita a ciò che è attinente all'assistenza.
- 19 L'infermiere rispetta la esplicita volontà della persona assistita di non essere informata sul proprio stato di salute, purché tale mancata informazione non sia di pericolo per la persona stessa o per gli altri.
- 20 L'infermiere sostiene la relazione con la persona assistita che si

trova in condizioni che ne limitano l'espressione o la definizione e lo sviluppo del suo progetto di vita.

- 21 L'infermiere che rileva privazioni o maltrattamenti sulla persona assistita, segnala le circostanze all'autorità competente e si attiva perché vi sia un rapido intervento.
- 22 L'infermiere si adopera affinché sia presa in considerazione l'opinione del minore rispetto alle scelte curative, assistenziali e sperimentali, tenuto conto della sua età e del suo grado di maturità.
- 23 L'infermiere, quando la persona assistita non è in grado di manifestare la propria volontà, tiene conto di quanto da lei documentato o chiaramente espresso in precedenza.
- 24 L'infermiere rispetta il segreto professionale non solo per obbligo giuridico, ma per intima convinzione e come espressione concreta del rapporto di fiducia con la persona assistita.
- 25 L'infermiere nella comunicazione, anche attraverso mezzi informatici, si comporta con correttezza, rispetto, trasparenza e veridicità.

Capo IV - Il fine vita

- 26 L'infermiere presta assistenza fino al termine della vita della persona assistita. Riconosce l'importanza del gesto assistenziale, della palliazione, del conforto ambientale, fisico, psicologico, relazionale e spirituale.
- 27 L'infermiere tutela la volontà della persona assistita di porre dei limiti agli interventi che ritiene non siano proporzionati alla sua condizione clinica o coerenti con la concezione di qualità della vita espressa dalla persona stessa.
- 28 L'infermiere sostiene i familiari e le persone di riferimento della perso-

na assistita, nell'evoluzione finale della malattia, nel momento della perdita e nella fase di elaborazione del lutto.

Capo V - L'organizzazione e la funzione assistenziale

- 29 L'infermiere ai diversi livelli di responsabilità assistenziale, gestionale e formativa, partecipa e contribuisce alle scelte dell'organizzazione, alla definizione dei modelli assistenziali, formativi ed organizzativi, all'equa allocazione delle risorse e alla valorizzazione della funzione infermieristica e del ruolo professionale.
- 30 L'infermiere concorre alla valutazione del contesto organizzativo, gestionale e logistico in cui si trova la persona assistita e formalizza e comunica il risultato delle sue valutazioni.
- 31 L'infermiere, dipendente o libero professionista, partecipa al governo clinico, promuove le migliori condizioni di sicurezza della persona assistita, fa propri i percorsi di prevenzione e gestione del rischio e aderisce fattivamente alle procedure operative, alle metodologie di analisi degli eventi accaduti e alle modalità di informazione alle persone coinvolte.
- 32 L'infermiere pone in essere quanto necessario per proteggere la persona assistita da eventi accidentali e/o dannosi, mantenendo inalterata la di lei libertà e dignità.
- 33 L'infermiere, qualora l'organizzazione chiedesse o pianificasse attività assistenziali, gestionali o formative in contrasto con i propri principi e valori e/o con le norme della professione, si attiva per proporre soluzioni alternative e se necessario si avvale della clausola di coscienza.

Capo VI - L'infermiere e il Collegio professionale

- 34 L'infermiere e il Collegio professionale si impegnano affinché l'agire del professionista sia libero da condizionamenti, interessi, pressioni di assistiti, familiari, altri operatori, imprese, associazioni, organismi.
- 35 L'infermiere e il Collegio professionale si adoperano per sostenere la qualità e l'appropriatezza dell'esercizio professionale infermieristico.
- 36 L'infermiere e il Collegio professionale segnalano le attività di cura e assistenza prive di basi e riscontri scientifici e/o di risultati validati.
- 37 L'infermiere e il Collegio professionale denunciano l'esercizio abusivo della professione infermieristica.
- 38 L'infermiere e il Collegio professionale promuovono il valore e sostengono il prestigio della professione e della collettività infermieristica.

- 39 L'infermiere tutela il proprio nome e il decoro personale. Osserva le indicazioni del Collegio professionale nella informazione e comunicazione pubblicitaria.
- 40 L'infermiere esercita la funzione di rappresentanza professionale con dignità, correttezza e trasparenza. Utilizza espressioni e adotta comportamenti che sostengono e promuovono il decoro e l'immagine della comunità professionale e dei suoi attori istituzionali.

DISPOSIZIONI FINALI

Le norme deontologiche contenute nel presente Codice sono vincolanti; la loro inosservanza è sanzionata dal Collegio professionale. I Collegi professionali sono garanti della qualificazione dei professionisti e delle competenze da loro acquisite e sviluppate. I Collegi professionali, recepiscono e attuano le indicazioni legislative, regolamentari e giuridiche, inerenti il loro essere enti ausiliari dello Stato.



NOI E GLI ALTRI

Caposala-Coordinatore, a che punto siamo

a cura della REDAZIONE

Intervista a Maria Gabriella De Togni,
Presidente Coordinamento Nazionale Caposala-Coordinatori



Da sempre impegnata nello sviluppo del ruolo del caposala/coordinatore e di un esercizio dello stesso sostenibile e consapevole. Ha lavorato come caposala, prima presso la Neurochirurgia di Parma e successivamente presso il Policlinico di Verona e poi ha diretto la Scuola per Infermieri Professionali della ULSS 33 del Veneto, sommando 40 anni di attività lavorativa.

Dal 1985 è presidente nazionale del Coordinamento Nazionale Caposala (dal 2010 denominato Coordinamento Nazionale Caposala – Coordinatori).

Dal 2003 al 2005 è stata membro del Consiglio superiore di Sanità e ha partecipato a vari Comitati e Gruppi di lavoro istituiti

presso il Ministero della Sanità/Salute.

L'abbiamo incontrata poco dopo la chiusura del XXII Congresso Nazionale dei Caposala-Coordinatori dell'ottobre per fare il punto sul ruolo del caposala-coordinatore.

Intervista

Da sempre alla guida del Coordinamento Nazionale Caposala Coordinatori, da dove siamo partiti e dove siamo arrivati oggi?

La storia del Coordinamento Nazionale Caposala-Coordinatori ha superato il trentunesimo anno di vita per cui risulta quasi impossibile descriverla in poche parole: diremo in grande sintesi che gli obiettivi di partenza come il miglioramento continuo dell'assistenza ai cittadini e il perseguimento della valorizzazione del ruolo del coordinatore sono validi tuttora, ovviamente nelle diverse declinazioni fatte in base alle evoluzioni intervenute nel mondo sociale, sanitario e professionale.

La tensione verso questi obiettivi e le vivissime aspettative collegate ci hanno da sempre caratterizzato. Molti i risultati raggiunti con la soluzione di innumerevoli problemi vissuti in prima persona dai coordinatori, molti ancora insoliti e altri nuovi che costantemente si inseriscono. Tutto questo discorso per dire che le motivazioni per cui l'Associazione è sorta e gli obiettivi che si è posta sono ancora attuali e che risulta, pertanto, ancora indispensabile la sua azione. Pensiamo non sia azzardato dire che se non ci fosse stata la nostra Associazione forse i coordinatori sarebbero scomparsi, viste le normative ed i contratti di lavoro che nel tempo li hanno duramente penalizzati e per l'azione di alcune aziende che interpretano e applicano arbitrariamente le normative.

Comunque l'ideale, rappresentato dall'essere insieme nel farsi carico delle numerose problematiche che affliggono la sanità e la nostra professione e in particolare quelle dei coordinatori, accomuna la speranza e la fiducia e induce la forza per continuare il cammino e ricercare le cause delle problematiche e le eventuali strategie di soluzione.

Dai valori la forza della professione, coordinare in un contesto di cambiamento, questo il titolo del XII Congresso lo scorso ottobre, quali valori in particolare in un contesto "liquido" e in continuo cambiamento?

Pensiamo che questo sia uno di quei momenti in cui è molto sentito il bisogno di ricorrere a quei valori a cui ci riferiamo come cittadini e come professionisti accostandoli ai nostri principi etici e deontologici. Considerando la complessità dell'argomento abbiamo affidato il compito di identificare non tanto i valori ma le strategie per mantenerli costantemente presenti nella vita professionale, e a cui riferirsi nei momenti più critici della attività lavorativa, agli illustri relatori del congresso.

Ci siamo rivolti ai saperi di personalità appartenenti al mondo della cultura, della sanità, delle professioni e della politica affinché con la loro competenza e sensibilità stimolassero la consapevolezza e l'interesse ai valori, nel caso si fosse affievolita nel tempo, e indicassero nuovi percorsi di riappropriazione.

Una intera sessione di lavoro dedicata al senso dei valori perché?

Abbiamo ritenuto fondamentale approfondire il senso dei valori per le tensioni che, ancora oggi, coinvolgono i coordinatori: la propensione al continuo miglioramento dell'assistenza e la preoccupazione che questa possa scadere di livello.

Troppi sono i distrattori in questi tempi: la criticità della situazione socio-economica che con i tagli ripetuti alla sanità ha causato la ormai cronica carenza del personale sanitario e la riduzione delle risorse materiali e ha reso difficoltosa la gestione del servizio e l'allontanamento della qualità prefissata sui risultati.

Altra motivazione, il timore che la nostra cultura professionale rischi di assuefarsi al bombardamento della razionalizzazione delle risorse, spesso razionamento, con il rischio di trasformare una situazione critica, e auspicabilmente transitoria, in una situazione definitiva accettata e standardizzata.

Peraltro non solo una sessione ha trattato i valori ma anche tutte le altre che, anche se in forma diversa, hanno voluto rappresentare i valori che non solo sono il senso di una professione ma rappresentano, per ogni persona, il senso della vita stessa.

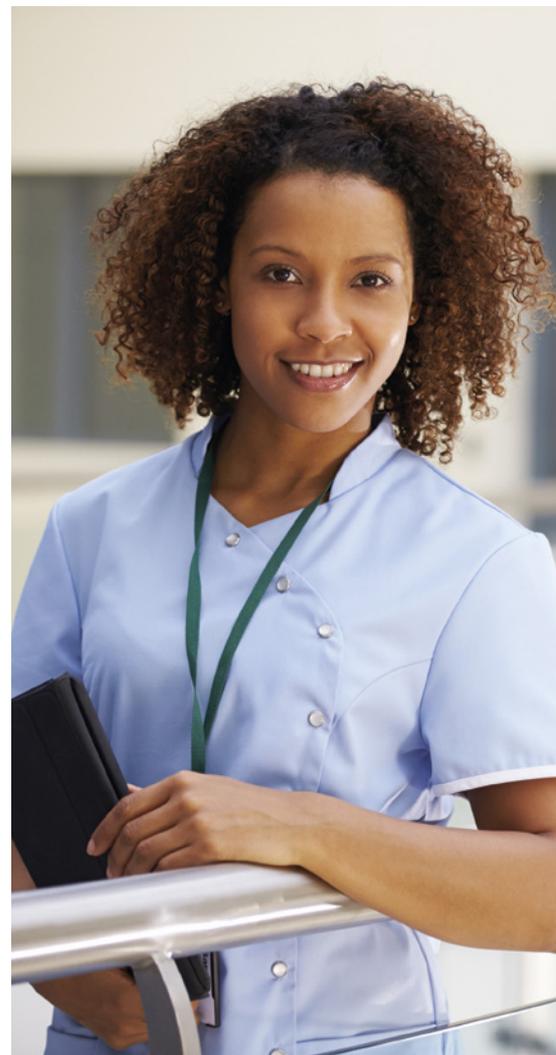
Infatti il percorso dei lavori congressuali, partendo da una iniziale dissertazione teorica sui valori, è proseguito attraverso riflessioni sulla realtà quotidiana del coordinatore per capire dove siamo e se "siamo ancora noi?": i titoli stessi delle relazioni, in logica sequenza, costituivano di per se stessi un discorso compiuto "Per un esercizio consapevole e sostenibile del ruolo" e "L'utilizzo etico del risorse".

Ci siamo poi interrogati su cosa può allontanare dai propri obiettivi iniziali e dai risultati che ci si propone come professionisti e su come mantenere la tensione verso l'esercizio di una "leadership responsabile e possibile".

Cosa caratterizza e cosa manca a un esercizio consapevole e sostenibile del ruolo di coordinatore?

Domanda di non facile risposta. Preoccupa, in questo momento molto critico, il bisogno di ridurre l'inquietudine causata dalla carenza delle risorse ma anche dalle conflittualità sul lavoro, che può condurre a ricercare obiettivi più facilmente raggiungibili come la sola efficienza o la prestazione, anche corretta, ma *fine a sé stessa*.

Questo però non è sufficiente ai Coordinatori che avvertono il disagio di non poter mirare l'attenzione alla centralità della persona, alla relazione tra infermieri, con i pazienti, i parenti e le altre professionalità, e il bisogno di trovare soluzioni innovative per rinvigorire





e consolidare l'organizzazione del lavoro e delle cure infermieristiche che le Aziende sanitarie e i cittadini si aspettano.

Diventa pertanto indispensabile il riferimento costante ai valori che rappresentano il faro da cui prendono lumi le nostre azioni e che, nei momenti critici sia della vita personale che professionale, possono sostenere e produrre quella forza necessaria a mantenere la coerenza tra la nostra identità professionale e l'agire quotidiano.

Sicuramente è fondamentale una formazione *robusta* sia di base che per il coordinamento. Per *robusta* intendiamo una formazione teorico/pratica residenziale, completa nei contenuti e nei tempi con l'apporto di docenti molto motivati e competenti nelle varie discipline. Poi a livello operativo

risulta fondamentale il coinvolgimento da parte dell'Azienda negli obiettivi e nelle scelte che riguardano l'ambito di coordinamento, se si vuole che i coordinatori traducano gli obiettivi strategici in obiettivi operativi per i loro collaboratori e siano motivati a investire in competenza specifica per migliorare nel tempo la propria professionalità. Da parte dell'Azienda è importante anche una attenzione per evitare ai coordinatori mansioni improprie tali da distrarre tempo prezioso all'organizzazione dell'assistenza. Fondamentale poi, come per tutti i professionisti, la valorizzazione del loro lavoro: oggi tutto ciò risulta essere troppo carente.

I talenti come risorse, tema della III sessione del Congresso, come riconoscerli, sostenerli e valorizzarli?

Tutta una sessione del congresso è stata dedicata all'argomento. Proponerei la lettura degli Atti, che insieme al nostro Foglio Notizie, riporta alcune relazioni non presenti sugli Atti tra le quali quella che costituisce concettualmente il perno di questa sessione "*Il talento come risorsa*". Consapevoli dell'importanza della identificazione e attivazione dei talenti personali e dei propri collaboratori abbiamo presentato le esperienze di alcuni coordinatori mirate a confermare questa tesi: - e cioè come riconoscere e far emergere i talenti delle persone per raggiungere e ottimizzare i risultati prefissati. Questo processo rappresenta già un primo grande motivo di valorizzazione dei professionisti ed inoltre un determinante strumento di miglioramento delle cure infermieristiche.

Core competence del Coordinatore dove eravamo, dove siamo, dove dobbiamo arrivare?

Con il presupposto dei valori, dei principi etici e della deontologia professionale e in sintonia con l'attenzione alla evoluzione e ai cambiamenti del contesto descriviamo la traccia del percorso che abbiamo cercato di seguire.

Più volte abbiamo sostenuto, come Associazione, che è naturale e logico che i coordinatori con i loro infermieri evolvano nelle loro competenze con l'evolvere dei tempi.

Questo perché i coordinatori e gli infermieri sono in prima linea, sul campo ogni giorno a rispondere alle persone e ai loro bisogni e di conseguenza costantemente chiamati ad adattare le cure e proporre nuove modalità di erogarle e non sarebbe possibile diversamente.

Ci preoccupa, ed è per questo che la nostra attenzione è vigile sulla evoluzione e i cambiamenti, il rischio che prendano il sopravvento mansioni non di competenza e offuschino

l'interesse o distraggano il tempo a disposizione per l'organizzazione del lavoro, per la gestione delle persone e delle cose, per la relazione e le risposte che i pazienti si aspettano. Crediamo come Associazione che sia necessario presidiare costantemente il vissuto professionale affinché si mantenga in quel solco di valori a cui ci si è riferiti quando si è assunto il ruolo di infermiere prima e di coordinatore poi.

Quali ancora le sfide da affrontare e con quali priorità per vedere riconosciuto appieno il ruolo del coordinatore?

La valorizzazione dei coordinatori, come per tutti i professionisti, è indispensabile per la motivazione e lo star bene sul lavoro quali condizioni fondamentali atte a tenere vivi i principi professionali ed i valori a cui si ispirano.

Indubbiamente, come anzidetto, sul piano operativo ci si aspetta il rispetto delle funzioni del ruolo, e poi il riconoscimento e la valorizzazione della professionalità anche con il coinvolgimento nelle decisioni e negli obiettivi aziendali che riguardano il proprio ambito operativo. Necessaria, particolarmente, una collocazione adeguata dal punto di vista giuridico ed economico. Sono ormai trascorsi sedici anni da quel contratto che ha penalizzato i coordinatori ai quali molto si chiede, da parte delle aziende che peraltro considerano indispensabile il loro operato, mentre giuridicamente ed economicamente la considerazione è bassissima. Si auspica che il prossimo Contratto di lavoro perequi la situazione come hanno promesso a gran voce i dirigenti aziendali, professionali e sindacali, relatori alla tavola rotonda del congresso, concordando sulle criticità che i coordinatori hanno evidenziato a quel tavolo, rispetto alla loro situazione lavorativa, giuridica ed economica.

E in Veneto?

La Regione Veneto ha tentato la valorizzazione del coordinatore con una delibera per la loro collocazione nella categoria che definisce le reali funzioni esercitate, delibera che però non ha ricevuto la debita attenzione delle Aziende sanitarie deputate alla sua attivazione. La Regione Veneto ha inoltre deliberato il profilo di competenza del coordinatore che ne riconosce e valorizza le funzioni sottolineando e ampliandone le responsabilità: ci si aspetta che questo sia tenuto in considerazione nella stesura e approvazione del prossimo contratto di lavoro. Dalla Regione ci si aspetta che, nelle sue disposizioni normative sia di regolamentazione ospedaliera e particolarmente di quella territoriale, tenga presente l'importanza della specifica competenza dei coordinatori per il coordinamento e l'organizzazione dell'assistenza sia dei servizi già attivi che di quelli in via di attuazione come per esempio l'assistenza territoriale e particolarmente la continuità assistenziale.

Ci si aspetta, per il raggiungimento di questi obiettivi, anche la solidarietà e l'impegno da parte dei Collegi IPASVI: rappresenterebbe una ulteriore forma di motivazione e gratificazione, per i professionisti, sapere che il loro Collegio si fa carico delle loro legittime aspirazioni.



RECENSIONI

Le scelte di fine vita, una questione difficile

a cura della REDAZIONE

INFORMAZIONI

TITOLO:
Un'incerta grazia

REGIA:
Claudio Camarca - regista,
saggista, scrittore impegnato
prevalentemente nel sociale

ANNO: 2016
DURATA: 73 min

Il nuovo Codice Deontologico dell'Infermiere ha dedicato al tema del fine vita il capo IV: tre articoli, di poche righe ciascuno. In ciascun articolo però ogni parola è pesata e pensata per dare evidenza all'importanza e all'attenzione della comunità professionale alle questioni che accompagnano e connotano questo momento dell'esistenza di ciascuno.

Articolo 26:

L'infermiere presta assistenza fino al termine della vita della persona assistita. Riconosce l'importanza del gesto assistenziale, della palliazione, del conforto ambientale, fisico, psicologico, relazionale e spirituale.

Articolo 27:

L'infermiere tutela la volontà della persona assistita di porre dei limiti agli interventi che ritiene non siano proporzionati alla sua condizione clinica o coerenti con la concezione di qualità della vita espressa dalla persona stessa.

Articolo 28:

L'infermiere sostiene i familiari e le persone di riferimento della persona assistita, nell'evoluzione finale della malattia, nel momento della perdita e nella fase di elaborazione del lutto.

Il film - Un'incerta grazia



È un film-documentario italiano che accende i riflettori sulla cultura del fine vita nel nostro Paese e affronta il tema delle cure palliative.

Firenze e la bellezza del suo patrimonio artistico hanno fatto da sfondo al palcoscenico su cui si

è dipanato un "racconto" finalizzato a favorire la consapevolezza dell'importanza delle cure di fine vita e degli elementi spesso critici che lo delineano:

invecchiamento, malattia, morte.

Nel film-documentario la telecamera è puntata in particolare sulla relazione tra l'equipe di cura, la persona assistita e i suoi familiari, una triade tanto inevitabile quanto importante e necessaria

per accompagnare "l'attraversamento" dei momenti più difficili della vita.

Pronto soccorso, troppo poco il personale sanitario

Sono una cittadina che recentemente ha dovuto ricorrere alle cure dei sanitari di un pronto soccorso della provincia di Verona per problemi di tipo respiratorio. Desidero esprimere il mio profondo ringraziamento al personale sanitario che vi lavora perché con spirito di abnegazione e dedizione totale, poiché nonostante la struttura fosse stata saturata di altri pazienti, sono stati in grado di far fronte, a mio modesto parere, in maniera eccellente e puntuale.

Volevo perciò chiederle, visto la situazione ormai cronica dei massicci afflussi presso le strutture di pronto soccorso se e come vengono definiti gli organici dei sanitari, perché secondo me sono ben sottodimensionati rispetto alle richieste quotidiane.

Monica

Gentile Monica,

Quella che la Direzione ha deciso di applicare è Innanzitutto grazie mille per il pensiero nei confronti dei nostri professionisti che ogni giorno lavorano in questi certo non facili contesti di assistenza. La sua domanda trova una risposta ben chiara nella delibera 128/CR del 30 dicembre 2016 "Definizione dei valori minimi di riferimento per il personale dirigente medico – documento metodologico generale e definizione dei Valori minimi di riferimento per il personale dei Pronto Soccorso." Che è tutt'ora in sede di audizione presso la V commissione regionale competente in materia.

Come collegio, siamo molto attenti e attivi a presidiare l'evoluzione del documento e a intervenire per sostenere la necessità di un giusto numero di professionisti sanitari indispensabili a garantire risposte mirate, efficaci, tempestive e personalizzate alle sempre più numerose persone che accedono al pronto soccorso.

Stefano Bernardelli
Consigliere

LETTERE AL DIRETTORE

di MARINA VANZETTA

www.ipasviverona.com



**Segreteria Organizzativa
Collegio Provinciale IPASVI**

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