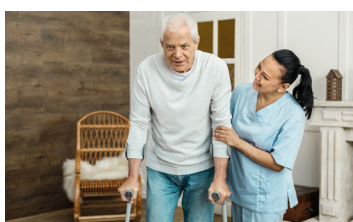


PROSPETTIVE INFERMIERISTICHE



ESPERIENZE DAL TERRITORIO

PIANO SOCIO SANITARIO
2019 – 2023, IL FOCUS SUL
TERRITORIO

OSSERVAZIONI DELLA FNOPI SUL DDL 867
AUDIZIONE DEL 9 GENNAIO 2019
COMMISSIONE IGIENE E SANITA' DEL SENATO

ISTITUZIONI E TERRITORIO

LE OSSERVAZIONI DELLA
FNOPI PRESENTATE DA
FRANCO VALLICELLA...

numero 4
novembre - dicembre 2018

SOMMARIO

EDITORIALE

1

RASSEGNA STAMPA

Alta adesione all'Ulss 9. Disagi anche in provincia	2
Aperti ospedale di comunità e hospice	3
Coletto nominato sottosegretario alla Salute	4
Il Sacro Cuore di Negrar è amico dei bambini	5
Pochi infermieri e medici, operazioni in calo	6
Carenza di medici di base. Il caso approda in Regione	7
Ospedali di comunità. I sindaci: «Dateci i tempi»	8
Riaprono radiologia e il punto ecografico	9
In crescita l'assistenza a domicilio	10
«L'ospedale di comunità? Non c'è niente da festeggiare»	11

ESPERIENZE DAL TERRITORIO

Piano Socio Sanitario 2019 – 2023, il focus sul territorio	12
--	----

ISTITUZIONI E TERRITORIO

Le osservazioni della FNOPI presentate da Franco Vallicella in Commissione Igiene e Sanità in Senato	17
Dalle riforme sanitarie del Veneto al Piano Socio Sanitario della Regione Veneto 2019 – 2023: un "cortometraggio"	21

NOI E GLI ALTRI

Chiara Ciresa	22
---------------	----

RECENSIONI

Diario di un'infermiera italiana in Inghilterra	24
---	----

LETTERE AL DIRETTORE

25

Pubblicazione trimestrale. Questo numero è stato chiuso il 25 febbraio 2019.

Direttore Responsabile: Marina Vanzetta

Comitato di redazione: Vallicella Franco, Dal Corso Dario, Verzè Alessia, Tabarini Gabriella, Ballarin Silvana, Bernardelli Stefano, Bonetti Lorella, Cengia Maria Grazia, Maculan Massimiliano, Meorali Francesco, Molinari Luca, Ortolani Riccardo, Paschetto Francesca, Zanini Giovanni, Zanolli Barbara.

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

Editore: OPI - Ordine delle Professioni Infermieristiche 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 OPI - Ordine delle Professioni Infermieristiche 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.cocchiococchi.it]



L'assicurazione: un tema da affrontare ed approfondire

Recentemente la FNOPI ha reso disponibile una polizza assicurativa per gli infermieri che vi invitiamo a prendere seriamente in considerazione (<http://www.fnopi.it/static/responsabilita-sanitaria.htm>). Il percorso che ha portato all'offerta in parola è stato particolarmente lungo e non semplice. Infatti si è dovuto procedere con una gara europea, in applicazione della norma sul codice appalti che ha portato ad assegnare l'incarico di broker ad una associazione temporanea d'impresa. Insieme a questi professionisti si è proceduto a stendere un capitolato e relativo disciplinare per realizzare una seconda gara europea con l'obiettivo di rendere disponibile la migliore offerta assicurativa per il personale infermieristico, attraverso una competizione di differenti compagnie d'assicurazione. Il capitolato è stato redatto considerando i dettami della Legge 24 /2017, ovvero della legge Gelli, che come sappiamo riformula la responsabilità professionale per gli esercenti le professioni sanitarie. Giova ricordare che questa legge, entrata in vigore il 1° aprile 2017, ha come obiettivi fondamentali:

- la tutela dei professionisti sanitari;
- la tutela dei cittadini danneggiati;
- il risparmio di spesa pubblica attraverso il contenimento del preoccupante fenomeno della medicina difensiva. E tutti abbiamo ben presente cosa significa questa "patologia" del sistema e quanto inutile esborso comporta.

Per quanto sopra la norma interessa:

- le strutture pubbliche e private sanitarie e socio sanitarie;
- gli esercenti le professioni sanitarie;
- i pazienti;
- le compagnie assicurative.

La legge se applicata correttamente ed in ogni sua parte, anche con l'emanazione di decreti attuativi che purtroppo ad oggi non sono ancora stati prodotti, è di garanzia per le strutture, i sanitari e soprattutto per i cittadini.

In particolare per i sanitari definisce un limite della responsabilità professionale, dell'azione di rivalsa rispetto alla responsabilità amministrativa, in cambio prevede per tutti l'obbligo di assicurazione.

Abbiamo ritenuto di offrire questa possibilità perché lo prevede la legge ma soprattutto perché riteniamo che sia nostro dovere favorire un esercizio il più possibile sereno anche sotto l'aspetto del rischio professionale che come ben sappiamo è gestibile, controllabile ma mai eliminabile.

La presente vuole essere un invito ai colleghi a confrontarsi con questa tematica, ad approfondire la questione anche attraverso un'analisi comparata dei differenti prodotti presenti sul mercato. Questo per scongiurare la possibilità di pensare che il tema assicurativo non sia un nostro problema. Sarebbe sbagliato, rischioso e quando ce ne potremmo rendere conto potrebbe essere troppo tardi.

Nel corso della nostra assemblea del 4 marzo, presso il centro formativo dei Camilliani, avremo la possibilità di approfondire la tematica con la presenza del dott. Cornaghi Riccardo, broker della marsh che ci ha assistito nelle gara già ricordata.

Buona lettura.

EDITORIALE

di FRANCO VALLICELLA

Presidente Collegio IPASVI
di Verona

L'ARENA - 24 novembre 2018

Alta adesione all'Ulss 9. Disagi anche in provincia

a cura della REDAZIONE

Sulle cifre la parola d'ordine è cautela, ma l'impressione è che questa volta lo sciopero dei medici ospedalieri della provincia sia stato un successo. Ad incrociare le braccia nelle strutture dell'Ulss 9 sono stati, secondo stime che lasceranno il posto a numeri ufficiali solo oggi, oltre 130 camici bianchi su circa 850. Dal complessivo occorre sottrarre gli assenti a qualsiasi titolo, ovvero dottori in malattia, in maternità, in aspettativa e la pattuglia dei «contingentati», cioè di coloro che devono andare in reparto per mantenere i servizi minimi garantiti per legge. Proprio sui numeri dei «contingentati», infiamma la polemica. «Molti colleghi inseriti nei turni di servizio sono favorevoli all'iniziativa e avrebbero volentieri scioperato», spiega Stefano Badocchi, rappresentante Cimo.

«Non ricordo infatti uno scontento così diffuso; negli organici della nostra azienda mancano un centinaio di medici, oltre 1.200 in Veneto», aggiunge. «Pare che la protesta abbia raccolto tante adesioni, purtroppo molti di noi sono stati precettati e considerando che diverse unità ospedaliere hanno organici all'osso

non c'era la concreta possibilità di scioperare per molti», evidenzia Paolo De Togni, Cisl Medici. Pierangelo Rovere, a capo di Cgil Medici regionale e provinciale parla di un buon risultato, «ma i colleghi obbligati a presentarsi in servizio oggi sono stati troppi, ben oltre i numeri di un normale festivo», sottolinea.

«Non protestiamo solo per un contratto che da 10 anni attende il rinnovo, ma soprattutto per le sorti della sanità veneta che lascia oltre 350 persone prive di qualsiasi assistenza. A fronte di liste d'attesa troppo lunghe, cresce la quota di chi non si cura più», afferma. Al sindacato circolano le prime cifre e si parla di adesioni del 90 per cento circa, pari ai risultati nazionali. «Non ho numeri, ma l'iniziativa ha colto nel segno. Gli anestesisti hanno incrociato le braccia in massa e le sale operatorie hanno funzionato solo per le urgenze», certifica Nazareno Tisano, di Aaroi la sigla degli anestesisti, specialisti sempre più rari negli ospedali.

Secondo fonti ospedaliere, le adesioni sono state numerose anche al Magalini di Villafranca, dove lo scontento di categoria si è sommato alle difficoltà, non ancora del tutto superate, della recente attivazione ospedaliera e del trasloco dei reparti dall'Orlandi di Bussolengo. Lo sciopero ha riguardato anche i veterinari della Scaligera. Oltre una 40ina le adesioni, che si sono mantenute però sotto lo standard regionale e intorno al 55-60 per cento.

V.ZAN.



L'ARENA - 27 novembre 2018 - Attualità

Aperti ospedale di comunità e hospice

Seppure in ritardo rispetto alle previsioni, nell'Ovest veronese cominciano ad essere attivati ospedali di comunità e hospice, strutture sanitarie intermedie tra l'ospedale per acuti e casa propria, previste dalla Regione Veneto per rispondere alla riduzione dei posti letto ospedalieri e andare incontro alle esigenze di una popolazione sempre più anziana.

Il primo ospedale di comunità e il primo hospice nel territorio dell'ex Ulss22, oggi distretto 4 dell'Ulss9 Scaligera, hanno aperto i battenti al Centro servizi Pederzoli di Castelnuovo del Garda, l'edificio che si trova alle spalle dell'omonimo ospedale, in territorio di Peschiera.

L'Odc e l'Hospice Pederzoli hanno ottenuto l'accreditamento regionale rispettivamente a luglio e in ottobre e sono stati presentati ieri nel corso di un incontro a cui hanno partecipato Giuseppe Puntin, amministratore delegato dell'ospedale Pederzoli (casa di cura privata convenzionata), l'assessore regionale alla Sanità Luca Coletto, la sindaca di Sommacampagna Graziella Manzato in qualità di vicepresidente della conferenza dei sindaci dell'Ulss9 e presidente del comitato del distretto 4, i sindaci di Castelnuovo Giovanni Peretti e di Peschiera Orietta Gaiulli.

L'OSPEDALE di comunità conta 24 posti letto e accoglie pazienti con patologie stabilizzate che non hanno bisogno di ulteriori accertamenti clinici (perché croniche o trattate con precedente intervento ospedaliero), per i quali pur non essendo più necessaria la degenza in struttura per acuti servono cure e trattamenti specialistici. L'accesso viene richiesto dal medico ospedaliero o dal medico di famiglia.



«È il primo ospedale di comunità del Veneto in contiguità con un ospedale per acuti», ha detto Puntin definendo l'offerta un' «innovazione assistenziale» che permette all'ospedale per acuti di diventare sempre più specialistico, di evitare i ricoveri impropri e anticipare le dimissioni potendo contare sul trasferimento all'odc prima del ritorno a casa del paziente.

Puntin ha confermato l'annuncio fatto quest'estate: per il primo anno di accreditamento la proprietà dell'ospedale si sostituirà alla Regione sostenendo tutte le spese. Un modo, ha sottolineato l'amministratore delegato, per «testimoniare il senso di appartenenza al servizio sanitario, di cui non ci sentiamo solo destinatari di disposizioni o produttori di servizi, ma anche protagonisti attivi».

Al termine dell'anno di sperimentazione il costo giornaliero sarà a carico del servizio sanitario con una

compartecipazione del paziente dal 31° giorno di degenza (25 euro giornalieri che diventano 45 dal 61° giorno di ricovero).

L'HOSPICE ha 10 posti letto per persone con malattie progressive senza probabilità di guarigione, per cui sono necessarie terapie palliative del dolore. Il ricovero viene richiesto dal medico di famiglia qualora le cure non possano essere effettuate a domicilio, la degenza è a tempo indeterminato e gratuita per il paziente.

«Queste strutture sono una grande conquista a livello etico e di civiltà», ha sottolineato l'assessore Coletto, «con l'hospice si realizza non solo un servizio di alta qualità medica, ma anche un supporto di valore umano per le persone e le loro famiglie nel doloroso periodo del fine vita. Con l'ospedale di comunità diamo invece una risposta alle necessità dei pazienti più fragili, a cominciare dagli

anziani e dai cronici». Plauso dai sindaci di Peschiera e Castelnuovo per l'eccellenza della Pederzoli e per le nuove strutture «anello di congiunzione con il territorio». Pur riconoscendo che «organizzare servizi e dare risposte è comples-

so», nelle parole di Manzato non è mancata la nota critica: «Per anni la realizzazione di queste strutture intermedie è mancata e noi sindaci lo abbiamo più volte evidenziato», ha rimarcato rivolta a Coletto, «oggi è positivo festeggiare l'apertura dei

primi servizi di questo tipo nel nostro distretto, ora chiediamo si prosegua su questa strada».

Katia Ferraro

L'ARENA - 29 novembre 2018 - Un altro veronese nel Governo

Coletto nominato sottosegretario alla Salute

Il premier Giuseppe Conte ha sentito il Consiglio dei ministri in merito alla proposta di nominare, di concerto con il ministro Giulia Grillo, Luca Coletto a sottosegretario di Stato alla Salute.

«La nomina dell'assessore Luca Coletto a sottosegretario alla Sanità è davvero una splendida notizia. Auguro all'amico e collega un buon lavoro insieme a una grandissimo in bocca al lupo».

Così il Presidente della Regione Veneto, Luca Zaia, esprime la soddisfazione per la nomina dell'assessore regionale Luca Coletto, esponente veronese della Lega Nord, a sottosegretario alla Salute.

«È una bella notizia - prosegue Zaia - perchè con questa nomina si riconosce il valore del lavoro fatto in questi anni sulla sanità veneta». «Ringrazio il Presidente del Consiglio Giuseppe Conte ma anche il vicepremier e ministro Matteo Salvini per la sensibilità dimostrata indicando politicamente un uomo del Veneto - aggiunge - che non ho dubbi garantirà non soltanto grandi risultati ma porterà anche quella visione di grande efficienza peculiare del Veneto, nella qualità delle cure, nel rigore sull'erogazione



dei servizi e sulla spesa, sulla lotta agli sprechi, sull'innovazione tipica della nostra regione. Da otto anni Coletto è impegnato senza risparmio in questa battaglia per l'eccellenza, e possiede tutti gli skills professionali per portare questo vento nuovo a Roma». Zaia si dice certo «che que-

sta nomina sarà utile a tutto il Paese, a Nord come a Sud, perchè consentirà al Servizio sanitario nazionale di compiere un altro salto di qualità. È, insisto, un grande riconoscimento per la sanità del Veneto».

L'ARENA - 02 dicembre 2018 - Commenti

Il Sacro Cuore di Negrar è amico dei bambini

Ospedale amico dei bambini. È il titolo che l'Unicef riconosce all'ospedale Sacro Cuore Don Calabria ufficializzandone così l'impegno in promozione, protezione e sostegno all'allattamento materno. La cerimonia di nomina si terrà martedì, alle 14, nella sala convegni Perez.

Per ottenere il riconoscimento il Sacro Cuore Don Calabria ha attuato un percorso iniziato nel 2012 e formato oltre 300 operatori impegnati a vario titolo nell'informazione e nella cura della donna dalla gravidanza ai primi mesi di vita del bambino, sostenendo anche le donne che per motivi medici o per scelta non allattano al seno.

In Veneto dal 2010, nel Piano di prevenzione della Regione, è stato inserito il programma «Ospedali e Comunità Amici del Bambino Oms-Unicef

- Coordinamento e sviluppo della rete per l'allattamento materno» che ha l'obiettivo di accompagnare nel percorso di riconoscimento Unicef i 26 ospedali veneti e le quattro comunità territoriali oggi aderenti all'iniziativa. Attualmente, su 27 ospedali riconosciuti in Italia, sette sono veneti e tre appartengono all'Ulss 9 Scaligera: sono gli ospedali di San Bonifacio, Bussolengo-Villafranca e ora Negrar.

Alla cerimonia di martedì interverranno per l'Unicef il presidente provinciale Norberto Cursi, Elise Chapin del coordinamento del programma Italia Insieme per l'allattamento, il coordinatore operativo del Programma regionale Ospedali e Comunità Amici del bambino Oms/Unicef Chiara Bosio, la consulente tecnico-scientifico dello stesso programma Elisa Pastorelli; per l'ospedale di Negrar

l'amministratore delegato Mario Piccinini, i direttori della Ginecologia e ostetricia Marcello Ceccaroni e della Pediatria Antonio Deganello, la pediatra Ermanna Fattori.

L'iniziativa internazionale «Baby Friendly Hospital - Ospedale amico dei bambini» è stata lanciata nel 1991 dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (Oms) e dal Fondo delle Nazioni Unite per l'Infanzia (Unicef) per assicurare che tutti gli ospedali accolgano nel miglior modo possibile i bambini neonati divenendo centri di sostegno per l'allattamento.

Camilla Madinelli





Meno medici, meno infermieri, meno interventi e cure negli ospedali. E la sanità pubblica lancia l'allarme. «Stiamo rischiando di perdere qualità, di vedere i pazienti migrare», denuncia Pierangelo Rovere, segretario regionale Cgil medici, sicuro di avere l'appoggio dei colleghi Anaa e Cimo (gli altri sindacati), che proprio per questi motivi hanno incrociato le braccia in uno sciopero nazionale fra i più partecipati. Gli esempi sono sotto gli occhi di tutti: la carenza di anestesisti, in particolare, rallenta le sale operatorie, soprattutto per l'ortopedia. Capita dappertutto nell'Ulss9: a Legnago, San Bonifacio, Bussolengo e Villafranca, che devono pure ritrovare un equilibrio dopo i recenti traslochi.

IL CASO ORTOPEDIA Lo dimostrano le schede di dimissione ospedaliera (le Sdo) con i numeri delle prestazioni: nel 2016 una media di 289 interventi di ortopedia e traumatologia al mese, nel 2018 scende a 218: 71 in meno ogni mese; in un anno 850 interventi spariti. «Guardi, in tre ospedali facciamo quello che facevamo da soli a Legnago tre anni fa: 12 sale a settimana», insiste Ro-

L'ARENA - 13 dicembre 2018 - Attualità

Pochi infermieri e medici, operazioni in calo

vere. Calano meno drastici, ma sempre cali, anche per chirurgia generale e urologia. «A San Bonifacio lavorano tre sale su otto», interviene Sonia Todesco segretaria provinciale Cgil Fp. «Fanno sempre più anestesi locali, a volte chiamano i pazienti e rivedono le liste d'attesa, c'è chi si stanca e va altrove», aggiunge Daniela Prencipe segretaria provinciale della Uil Fp. E poi mancano infermieri e operatori socio sanitari, un po' tutte le figure professionali, compresi gli amministrativi. «In questo momento nell'Ulss 9 mancano cento infermieri, 70 oss, 50 medici, varie altre figure professionali. Questi sono numeri da paralisi», denunciano le sindacaliste. La carenza di infermieri pesa davvero tanto sulle pediatrie, dove ci si prende cura anche dei più piccoli, di neonati e prematuri.

L'APPELLO A COLETTI «Per cambiare rotta c'è una sola soluzione», affermano Prencipe e Todesco, «bisogna che la Conferenza Stato Regioni lavori perché in Finanziaria sparisca il vincolo che impone il taglio costante della spesa al comparto sanitario delle Regioni».

A Luca Coletti, già assessore e adesso viceministro alla Sanità, il compito di lottare per il Veneto. «Siamo una Regione adempiente», riprendono le sindacaliste, «eppure dobbiamo raggiungere nel 2020 una spesa per la sanità che sia l'1,4 per cento in meno di quanto era nel 2004. Siamo fuori di 15 - 20 milioni, è impossibile continuare su questa strada». Gli esempi di cosa questo significhi per chi lavora in corsia, e per chi ci si trova da ricoverato, sono parecchi: infermieri che non riescono a fare le ferie; frequenti richiami in servizio; carichi di lavoro sempre più pesanti. «Qui a Legnago c'è voluto quasi un anno per

ottenere l'arrivo di un sostituto per una dottoressa in gravidanza», racconta Rovere, «dopo poco più di un mese non ce n'era più bisogno. A un altro medico assunto per la geriatria hanno proposto di fare turni al centro trasfusioni: ha rifiutato il posto». E ancora: «Si fatica in cardiologia a garantire le visite urgenti entro i 10 giorni», aggiungono Prencipe e Todesco.

DIFFICILE ASSUMERE «Vero, l'Ulss9 fa concorsi e non trova le figure che cerca», ammettono Prencipe e Todesco, «ma in realtà è perché è costretta a pescare da graduatorie vecchie a causa di una programmazione regionale fallimentare. Non trovano oss perché hanno dovuto usare una graduatoria del 2008, scaduta. Tocca ad Azienda Zero indire i concorsi». Stessa musica per le ostetriche: «Pescano dalla graduatoria di Pavia, per forza poi qualcuno rinuncerà». Insomma, troppi rallentamenti. «E anche questo è un pericolo», concludono i sindacati, «Perché gli ospedali privati invece corrono, crescono, sono veloci a rinnovare attrezzature e macchinari». «Ai pazienti può sembrare indifferente, ma alla fine tutto questo avrà un costo e il peso delle assicurazioni private si fa già sentire, con buona pace delle categorie più fragili», conclude Rovere.

Francesca Mazzola

L'ARENA - 13 dicembre 2018 - Attualità

Carenza di medici di base. Il caso approda in Regione

A Caselle di Sommacampagna è sempre più emergenza medici di base. Se fino allo scorso settembre i medici in servizio nella frazione erano due, ora uno è andato in pensione e i cittadini, inclusi i più anziani, sono costretti a rivolgersi ai professionisti di Sommacampagna o addirittura di altri Comuni.

Nei giorni scorsi il consigliere regionale Andrea Bassi (Centro Destra Veneto - Autonomia e Libertà) ha sollevato il problema sanitario della località veronese, presentando un'interrogazione scritta, in cui chiede alla Giunta regionale e all'assessore alla Sanità quali iniziative intendano prendere per sopperire a tale carenza. «Caselle di Sommacampagna ha una popolazione di oltre 5mila abitanti», spiega Bassi.

«Il tetto massimo di pazienti per ciascun medico è fissato in 1.500, oltre ad eventuali eccezioni come i

ricongiungimenti familiari. Pertanto, meno del 30 per cento della popolazione trova assistenza in paese; il restante 70 per cento è costretto a spostarsi», spiega il consigliere regionale. «Così facendo si va a sfiorare la distanza fissata, ovvero di 4-5 chilometri di lontananza dalla frazione.

È un profondo disagio soprattutto per gli anziani, alcuni hanno perso la propria autonomia dovendosi iscrivere da altri medici con sede principale lontana e con esigenze di trasporto difficili da soddisfare». «Con l'interrogazione a risposta scritta ho posto all'attenzione della Giunta regionale e dell'assessore il problema», conclude Bassi, «per stimolare la predisposizione di una soluzione».

Del tema si era occupato nei mesi scorsi il consigliere comunale di Sommacampagna Augusto Pietropoli (Gruppo Centrodestra). Nel frattempo, però, la situazione è ulteriormente peggiorata, perché il medico Livio

Libardi è andato in pensione e ora in paese è rimasto, a tempo pieno, solo il collega Alberto Cadin, nel suo studio di via Borsellino.

«I 1.600 pazienti del dottor Libardi si sono trovati in difficoltà, senza possibilità di iscriversi da un altro medico di Caselle», racconta Pietropoli.

«Il disagio in parte è stato limitato dalla disponibilità degli spazi all'interno del centro sociale, trasformati in ambulatorio e utilizzati da alcuni medici di Sommacampagna, che hanno dato la disponibilità per ricevere qui, ma si tratta di poche ore alla settimana», conclude il consigliere.

«Siamo ancora in piena fase emergenziale. La mozione che avevo presentato è stata approvata e il Comune ha chiesto all'Ulss 9 Scaligera e alla Regione di risolvere il problema. Finora non abbiamo ancora avuto risposte».



L'ARENA - 14 dicembre 2018 - Attualità

Ospedali di comunità. I sindaci: «Dateci i tempi»

Quando saranno attivati gli ospedali di comunità di Valeggio e di Bussolengo? Quando si passerà alla fase concreta prevista dalle schede regionali per l'ospedale Orlandi di Bussolengo? E infine, le strutture di Malcesine, di Isola della Scala e di Caprino quando diventeranno centri di base con ospedali di comunità e poliambulatori? Sono le tre domande avanzate dal comitato dei sindaci dell'ex Ulss22, presieduto dal primo cittadino di Sommacampagna, Graziella Manzato, e inviate al presidente della Regione Luca Zaia, all'assessore alla sanità e al consiglio regionale.

I sindaci chiedono tempi certi dell'attivazione dei posti letto di riabilitazione a Bussolengo, punto cardine del progetto di riqualificazione dell'Orlandi. E ricordano che gli ospedali di comunità di Valeggio (già pronto da tempo) e di Bussolengo, sono in attesa da mesi del bando per la gestione; infine, rammentano alla Regione

la necessità di una programmazione delle strutture intermedie di assistenza sanitaria sul territorio, in particolare, di Malcesine, Isola della Scala e Caprino, che devono diventare strutture sanitarie di base con ospedale di comunità e poliambulatori, ma che oggi sono aperte solo in piccola parte con notevoli criticità nella gestione delle situazioni sanitarie di media gravità.

Il comitato dei sindaci ricorda che se in merito all'attivazione del piano socio-sanitario 2012-2016 si è verificata la prevista riduzione di posti letto negli ospedali per acuti, non è andato di pari passo quanto previsto per le strutture intermedie, necessarie alle famiglie per l'assistenza dei propri cari, quali ospedali di comunità e hospice. I quaderni di doglianza derivano da un incontro che il comitato dei sindaci ha avuto di recente con i consiglieri regionali veronesi Giovanna Negro, Orietta Salemi e Manuel Brusco, ai quali ha presentato un do-

cumento sulla situazione attuale delle strutture sanitarie e le richieste del territorio. All'incontro con i tre esponenti regionali c'erano oltre al sindaco e presidente del comitato Manzato, gli assessori ai servizi sociali Nicola Terilli di Villafranca, Marco Dal Forno di Valeggio, Elena Catalano di Sona, Silvana Finetto di Bussolengo, e i sindaci dei Comuni che accolgono strutture ospedaliere come Roberto Dall'Oca di Villafranca, Stefano Canazza di Isola della Scala, Paola Arduini di Caprino, il vicesindaco Claudio Bertuzzi e l'assessore Morena Strapazzon di Malcesine.





L'ARENA - 14 dicembre 2018 - Attualità

Riaprono radiologia e il punto ecografico

A cinque anni dalla loro soppressione, la Radiologia e il servizio di ecografia tornano a funzionare al Centro Polifunzionale «Stellini». Domani, alle 9, si terrà la cerimonia di inaugurazione dei nuovi servizi ai quali si aggiungerà anche l'apertura dei nuovi parcheggi adiacenti all'ex ospedale.

La chiusura della Radiologia e dell'ecografia si erano rese necessarie per consentire i lavori di ristrutturazione dell'intera struttura sanitaria per adeguarla alle norme anti sismiche e per far posto alla sede provvisoria della Rems, che oggi funziona a pieno regime. Contemporaneamente alle inaugurazioni verranno messi in mostra anche i progetti definitivi della

nuova Rems, per la quale la Regione ha ricevuto un contributo statale di 12 milioni di euro che serviranno a ristrutturare l'adiacente corte agricola e il fabbricato risalente ai primi del 1900, ovvero la prima sede dell'ospedale voluto da Francesco Stellini.

«L'inaugurazione», spiega il sindaco Flavio Pasini, nonché presidente della conferenza dei sindaci dell'Ulss 9 Scaligera, «rappresenta un'inversione di tendenza che arriva dopo molti anni e che ha come ultimo obiettivo quello di riqualificare tutto il centro sanitario nogarese.

Il servizio che sarà reso ai cittadini è di grande importanza perché con la Radiologia e l'ecografia non si dovrà

più andare in altre strutture lontane». Per quanto riguarda la nuova Rems, verranno annunciati i tempi d'inizio lavori e quelli del trasferimento dei 36 pazienti dall'attuale ex ospedale alla nuova struttura che si preannuncia tra le più moderne d'Italia.

Alla cerimonia saranno presenti anche Pietro Girardi, direttore generale dell'Ulss9; Luca Coletto, neo sottosegretario per la Salute e assessore regionale alla Sanità; i sindaci dei Comuni limitrofi, i consiglieri comunali di Nogara e rappresentanti delle associazioni del territorio.

RI.MI.

L'ARENA - 18 dicembre 2018 - Attualità

In crescita l'assistenza a domicilio

L'assistenza domiciliare è la grande urgenza sulla quale deve puntare la politica sanitaria regionale. E su questo verte buona parte del piano sociosanitario 2019 - 2023 che sarà approvato entro l'anno dalla Regione e del quale si è parlato ieri, in Gran Guardia a Verona, dove si è riunita la conferenza dei sindaci dell'Ulss 9 Scaligera che conta una popolazione di 922.368 abitanti per 98 Comuni. Se, infatti, 3.775 persone con patologie complesse e croniche sono seguite in strutture residenziali, ben 27.187 non sono in strutture simili ma sono seguite a casa, o mediante servizi territoriali.

Il grande capitolo, dunque, che la sanità dovrà affrontare è quel macrocosmo di luoghi per le cure intermedie, come hospice e ospedali di comunità, istituti residenziali per non autosufficienti e servizi domiciliari che rispondono alle esigenze delle famiglie altrimenti sole a gestire la cura di un loro caro.

Strumento essenziale è per questo l'ospedale di comunità. Il 2019 sarà un anno decisivo per sbloccare alcune situazioni rimaste fin troppo in attesa. A Valeggio, infatti, l'Odc per 24 posti è già pronto da tempo, ma non è ancora stato attivato: «Aprirà a primavera», assicura Pietro Girardi direttore generale dell'Ulss 9. «Partiremo con la gara per la gestione entro fine anno, così come per San Bonifacio e Bussolengo».

L'Ulss garantirà i medici e affiderà la gestione a un ente terzo o a una cooperativa. Dopo quello di Bovolone appena attivato e che sarà inaugurato a gennaio, l'Odc di Valeggio è quello più a buon punto perché è già attrezzato ed è stato accreditato dalla Regione. La struttura di Isola della Scala, invece, necessita di verifiche



sulla staticità dell'edificio e in base ai lavori da fare si avrà un'idea della programmazione futura. Non ci sono invece svolte per le strutture di Malcesine e Caprino: «Non sono contemplate nel primo biennio del piano e dobbiamo ancora decidere che tipo di attività aprire. Tuttavia ci avanzano posti letto da assegnare che potremo distribuire nelle due strutture». Tra le priorità del piano, cui i sindaci auspicano si trovi una concreta risposta, c'è l'aggiornamento della burocrazia: le schede Svama e Svamdi non

sempre danno una fotografia ottimale del paziente che necessita di cure assistenziali. Qualificazione dell'assistenza domiciliare, pianificazione 7 giorni su 7 di quella infermieristica a domicilio dalle 7 alle 21, consolidamento della rete delle cure palliative, istituzione di un numero unico dedicato 24 ore su 24 per la cronicità complessa, potenziamento del ruolo delle farmacie e trasformazione delle lpab in aziende pubbliche di servizi alla persona sono altri temi caldi del piano regionale. La politica sociale

resta inoltre la questione più urgente per i sindaci.

«Alcuni servizi erano gestiti dalla Provincia e ora sono passati in capo alla Regione e ricadono di conseguenza sulle Ulss e quindi sui Comuni», spiega il sindaco di Nogara Flavio Pasini, presidente della conferenza dei sindaci. «Uno su tutti è il servizio di trasporto per i disabili. Il tema sociale è il più sentito perché non è semplice

ma è quello su cui i sindaci operano ogni giorno. È necessario, inoltre, capire con il piano sociosanitario quali ospedali veronesi andranno avanti e quali le specialità avviate in modo da armonizzare l'organizzazione dei servizi». Un'armonizzazione che richiede anche l'assistenza domiciliare per la presa in carico della cronicità: «Occorre una filiera in grado di garantire le transizioni tra luoghi e livelli di assistenza», spiega Dario

Zanon, che ha illustrato il progetto del piano al vaglio della Regione. «Serve per questo una divisione per categorie degli assistiti definendo i livelli di complessità delle patologie e puntare su forme organizzative nelle strutture territoriali il cui apice sarà il distretto». Il piano, una volta approvato, sarà illustrato in anteprima a gennaio a Verona.

Maria Vittoria Adami



Il Comitato salvaguardia Ospedale Orlandi interviene, dopo l'annuncio del direttore generale dell'Ulls 9 Scaligera, Pietro Girardi, della possibilità concreta che nella prossima primavera venga inaugurato a Bussolengo l'ospedale di comunità. «Alla notizia dell'apertura dell'ospedale di comunità all'Orlandi non possiamo certo gioire. Tutt'altro», sottolinea Chiara Corsini, a nome del direttivo. «I posti

L'ARENA - 31 dicembre 2018 - Attualità

«L'ospedale di comunità? Non c'è niente da festeggiare»

di comunità servono e servivano, erano assolutamente necessari, ma non a scapito della perdita dell'Orlandi, ospedale per acuti, perfettamente funzionante e meritorio di riconoscimenti Unicef e Onda nel corso degli anni». Questo nel quadro della attuale configurazione della sanità dell'ovest veronese. «Non staremo a ripetere che il danno all'assistenza ospedaliera pubblica per la zona del Baldo-Garda è stato fatto», dice Corsini, «con pazienza certosina, da Malcesine, passando per Caprino e arrivando a Bussolengo. Ora, che ci si debba rallegrare perché il reparto di psichiatria sia stato finalmente spostato in una posizione più idonea della precedente è eccessivo, in quanto la precedente sistemazione doveva essere provvisoria ed è durata anche per troppo tempo. Che ci si dimentichi da dove si è partiti e dove siamo arrivati è a dir poco offensivo per l'intelligenza dei cittadini che voglio-

no credere di essere tutelati da chi si dice a difesa dell'ospedale, amministrazione comunale in primis». Sul Tavolo per l'Orlandi organizzato dal sindaco di Bussolengo, Roberto Brizzi, il Comitato salvaguardia Ospedale Orlandi è fortemente critico. Conclude Corsini: «Se poi il Tavolo di recente istituzione è stato fatto solo per sorvegliare, seguire ed esprimere soddisfazione esattamente per quello che si diceva di voler combattere, cioè il progressivo svuotamento dell'Orlandi, le speranze di fare davvero qualcosa di utile e concreto per gli abitanti della zona ovest della provincia sono davvero agli sgoccioli. Noi come Comitato per la salvaguardia dell'ospedale Orlandi non ci limiteremo mai a questo: abbiamo lottato perché il depotenziamento non avvenisse, ora di certo non ci diciamo felici perché il depotenziamento viene consolidato».

Piano Socio Sanitario 2019 – 2023, il focus sul territorio

di Aldo Zattarin

Responsabile COT
Responsabile Area Territoriale Direzione
Professioni Sanitarie
Distretto n. 3 ULSS 9 Scaligera

Corrispondenza:
aldo.zattarin@aulss9.veneto.it

BIBLIOGRAFIA

(1) Dante A., Valoppi G., Saiani L., Palese A. (2011). Factors associated with nursing students' academic success or failure: A retrospective Italian multicenter study. *Nurse Education Today*, 31, 59-64

(2) Destrobecq A., Destefani C., Spontoni A. (2008). Abbandono universitario: indagine sulle motivazioni che spingono gli studenti a ritirarsi dal Corso di Laurea In Infermieristica.

<http://www.univr.it/main?ent=servizioaol&idDest=3&serv=71> ultima consultazione 15 luglio 2016

“L’asse assistenziale si sposta dall’ospedale, considerato da sempre luogo privilegiato di cura, verso il territorio, privilegiando in particolare la continuità tra ospedale e territorio e viceversa”...ma non solo.

UNA PREMESSA, IL QUADRO NORMATIVO DI RIFERIMENTO

La Regione Veneto, con la Legge n. 23 del 2012 ha promulgato il Piano Socio Sanitario. Dalla sua lettura risulta evidente l’intenzione del legislatore di spostare l’asse assistenziale dall’ospedale, considerato da sempre luogo privilegiato di cura, verso il territorio, privilegiando in particolare la continuità tra ospedale e territorio e viceversa. Tra gli assunti del P.S.S.R. vi sono infatti:

- Potenziamento e consolidamento dell’offerta territoriale;
- Implementazione di una sinergia virtuosa tra Ospedale e Territorio (deputato alla presa in carico della cronicità secondo logiche di rete);
- Sviluppo di politiche di integrazione professionale all’interno di modelli organizzativi sostenibili e qualificati;
- Consolidamento dei modelli di ammissione e dimissione protetta, supportati da protocolli per la presa in carico coordinata del paziente, anche tramite figure di riferimento (case manager);
- La diffusione di PDTA condivisi tra le componenti coinvolte (sia ospedaliere, sia territoriali) privilegiando un’ottica di processo;
- Il potenziamento di sistemi informativi integrati;
- Obiettivi di budget trasversali tra ospedale e territorio.

In tutto ciò il Distretto Socio Sanitario viene definito come il luogo privilegiato di gestione e di coordinamento funzionale ed organizzativo della rete dei servizi socio sanitari e sanitari territoriali.

E tra i suoi punti cardine vi sono:

- La valorizzazione del ruolo dell’infermiere nel prendersi cura autonomamente del processo di nursing nell’ambito del percorso assistenziale, svolgendo la funzione di case manager della persona in stato di cronicità, attivando le risorse assistenziali e coordinandosi con MMG/PLS;
- Lo sviluppo pianificato di modelli che garantiscano la continuità dell’assistenza, valorizzando il ruolo del case manager (infermieristico) quale collegamento e facilitatore organizzativo;
- L’implementazione graduale di modelli organizzativi in grado di garantire assistenza nelle 24 ore, 7 giorni su 7, anche attraverso lo sviluppo di centrali operative come punti di ricezione delle istanze, di coordinamento delle risposte e di gestione dei trasferimenti dall’Ospedale alle strutture territoriali (ammissioni e dimissioni protette) nonché collegamento con MMG/PLS).

Infine, va ricordato che se nel PSSR era prevista l’UOS Professioni Sanitarie Territoriali, con le recenti linee di indirizzo emanate dalla Regione, le Aziende Sanitarie hanno avuto la possibilità di inserire tale UOS nell’atto aziendale dando di fatto la possibilità alle professioni sanitarie stesse, ed in particolare alla professione infermieristica, di essere rappresentata con un peso maggiore rispetto all’attuale, all’interno del panorama territoriale. Da tale legge sono scaturite numerose Delibere della Giunta Regionale del Veneto.

Tra esse vanno ricordate:

- Le DGRV n. 975 e n. 2271/2013, che introducono la Centrale Operativa Territoriale e ne descrivono le funzioni, identificando un laureato magistrale in una delle professioni sanitarie quale responsabile;
- La DGR 1075/2017 "Revisione del modello regionale delle Cure Domiciliari", che ha l'obiettivo di uniformare la risposta delle cure domiciliari nell'intero territorio regionale aumentando la fruibilità da parte degli assistiti che ne abbiano necessità.

Con la proposta di legge 13/ DDL 28 maggio 2018, allegato B, la Regione Veneto ha presentato la bozza del Piano Socio Sanitario Regionale della Regione del Veneto 2019-2023, convertito in Legge n. 48 del 28/12/2018.

La parte prima del PSSR si apre con la descrizione dello scenario epidemiologico e sociale e l'impatto sulla domanda di servizi socio-sanitari.

Lo scenario evidenzia un tasso di natalità inferiore a 8/1000 e di mortalità di poco inferiore a 10/1000. La speranza di vita è di 81 anni per gli uomini e 85 per le donne.

Dai dati elaborati con il sistema ACG (adjusted clinical groups) si evidenzia che a partire dai 55 anni quasi il 50% della popolazione risulta affetto da almeno una patologia cronica e circa il 20% è in condizione di comorbidità. In particolare la percentuale di pazienti con RUB (resources utilization bands) 4 o 5 (definibili come pazienti con cronicità avanzata e cronicità complessa) risulta essere rispettivamente 3.1% e 1% della popolazione. Per quanto riguarda l'ULSS 9 Scaligera, il numero complessivo di pazienti in RUB 4 e 5 si aggira a 31000 unità, risultando l'ULSS con il



numero maggiore di pazienti in tali categorie nella Regione Veneto. Per quanto concerne la promozione della salute e la prevenzione dei fattori di rischio, il Piano Regionale Prevenzione definisce alcuni punti cardine, tra cui: programmazione per setting di vita, contrasto alle disuguaglianze in salute, strategie basate sull'individuo.

Tali punti mettono in rilievo come le persone vadano incontrate nei luoghi di vita, per promuovere, là dove uno studia, lavora, gioca, ama, stili di vita sani; enfatizzano un approccio capace di leggere le disuguaglianze in salute con riferimento anche ai determinanti distali, quali le condizioni socio economiche, l'istruzione, la pro-

venienza geografica; evidenziano come vadano diffuse negli operatori sanitari le tecniche del counselling motivazionale per abilitare la persona a risolvere e gestire problemi e a prendere decisioni per poter migliorare il proprio stato di salute, introducono tipologie di interventi sia di comunità, quali gruppi di cammino, corsi di cucina sana, sia terapeutici specifici, come prescrizione dell'esercizio fisico, trattamento al tabagismo, consulenza nutrizionale.

In tutto questa parte del PSSR non viene mai citato in maniera esplicita l'infermiere. Il PSSR introduce la presa in carico della cronicità per intensità di cura e di assistenza, distinguendo

due livelli: cronicità semplice e cronicità complessa ed avanzata.

Per quanto riguarda la cronicità semplice, il setting assistenziale risulta essere l'assistenza primaria, in quanto contatto più immediato e frequente per l'individuo. Tra i requisiti per la gestione della cronicità semplice il piano identifica una forte crescita e valorizzazione degli infermieri nell'assistenza primaria. Per quanto attiene la gestione della cronicità complessa e avanzata (RUB 4-5), il piano prevede la costituzione di team multiprofessionali dedicati, afferenti al distretto, con la presenza degli infermieri. Questi operano su 4 livelli: gestione ambulatorio, gestione a domicilio, attività in supporto alle cure intermedie, consulenza alla residenzialità definitiva e temporanea. La cronicità complessa ed avanzata trova nella Centrale Operativa Territoriale una risposta operativa in quanto svolge una funzione di centrale della continuità, garantendo un coordinamento unitario del percorso di cura ed assistenza.

LA PROVINCIA DI VERONA OGGI

Le Aziende ULSS che insistevano nel territorio della Provincia di Verona sino al 31/12/2016 erano 3.

Dal 1 gennaio 2017, come disposto dalla Legge Regionale n. 19/2016, l'ULSS 20 di Verona ha modificato la propria denominazione in ULSS 9 Scaligera, incorporando nel contempo le ex ULSS 21 e 22 e acquisendo un'estensione territoriale pari all'intera provincia di Verona.

UNA REALTÀ A FORTE IMPATTO INFERMIERISTICO SUL TERRITORIO, LA COT

Le tre Aziende che oggi compongono



la Scaligera hanno deliberato e successivamente dato avvio alle Centrali Operative Territoriali (COT).

Le tre COT si sono concentrate in particolare sulle dimissioni difficili partendo da esperienze già consolidate e necessità diverse, dovute alle differenze delle ULSS (ULSS 20 dove è presente l'Azienda Ospedaliera, ULSS 21 con oltre il 95% di dimissioni di pazienti fragili dai propri ospedali, ULSS 22 con forte presenza del privato accreditato...).

Tutte e tre si sono sviluppate su modelli diversi: una svolge prevalentemente le attività previste dalla DGR Veneto 1075/2017, le altre due, seppur con differenze, hanno anche un ruolo più attivo nelle UUOO e si occupano non solo dei casi di dimissioni protette verso l'ADI, ma anche dei casi che esprimono bisogni socio-sanitari o sociali.

Due sono dirette da laureati magistrali infermieri, una da un'assistente sanitaria coordinatrice. All'interno delle COT ci sono infermieri, in una anche assistenti sanitarie; la COT di Legnago, pur composta da solo personale infermieristico collabora strettamente con gli assistenti sociali del servizio Dimissioni Protette.

A fine 2018 la Direzione Generale ha deliberato l'istituzione di una COT unica ed il contestuale avvio di 5 Centrali Operative ADI, al fine di mantenere in tutto il territorio dell'ULSS i livelli qualitativi raggiunti per quanto riguarda le dimissioni di pazienti fragili.

PER ENTRARE NEL MERITO...

Adi

La realtà attuale prevede difformità tra le tre ex Aziende, sia per quan-

to riguarda gli orari, sia per quanto riguarda il personale, in quanto una sola è dotata di personale proprio. Per dare attuazione alla DGR 1075 l'ULSS 9 Scaligera la Direzione Professioni Sanitarie, coadiuvata dai Direttori di Distretto, sta rivedendo gli aspetti organizzativi relativi alle cure domiciliari.

Strutture Intermedie

Ospedali di Comunità (OdC), Unità riabilitative territoriali (URT), Hospice, sono le strutture intermedie individuate dalla Regione Veneto. Nel territorio veronese la presenza di strutture intermedie in questi anni è risultata essere sottodimensionata, ma la prospettiva nel breve-medio periodo sarà di un aumento di oltre 150 posti letto.

Icm

La presenza di infermieri Case Manager, iniziata nel 2013 a Legnago, e sviluppata negli anni successivi, risulta essere un elemento qualificante del percorso previsto dal PSSR in termini di continuità ospedale territorio. Tale affermazione è supportata da risultati di alcune tesi del corso di laurea in infermieristica che hanno evidenziato come l'azione degli ICM possa incidere sugli accessi in PS, sulle abilità, conoscenze, grado di sicurezza, ansia dei caregiver al rientro a domicilio, così come rilevato dagli infermieri ADI e affermato dagli stessi caregiver.

Progetto Acg

La Regione, nell'ambito del progetto ACG (Adjusted Clinical Groups) ha formato infermieri "care managers" per la presa in carico in maniera proattiva di pazienti con scompenso cardiaco a domicilio. Sono stati formati 2 infermieri per ogni ex ULSS.

Il progetto è legato alla disponibilità/volontà di arruolamento di assistiti da parte dei MMG coinvolti. Non poche le sfide per la professione infermieristica...

Questa panoramica dell'esistente apre una serie di sfide per la professione infermieristica:

- Implementare ambulatori infermieristici per dare risposte a persone che non possono accedere all'ADI in quanto deambulanti, ma con problemi clinico assistenziali complessi, che non trovano normalmente risposta nella rete dei servizi. In tali ambulatori gli infermieri possono quindi esplicitare competenze assistenziali avanzate;
- Sviluppare all'interno delle AFT (aggregazioni funzionali territoriali) e MGI (Medicine di gruppo integrate) il ruolo dell'infermiere di iniziativa, che, in collaborazione con i MMG, mediante un approccio proattivo, individua e coinvolge gli assistiti affetti da patologie cro-

niche in percorsi di educazione terapeutica;

- Valutare la possibilità di sperimentare, come già in altre regioni, l'infermiere di comunità, radicato nel territorio, che persegue l'obiettivo di mantenere e migliorare la salute della popolazione, in particolare anziana;
- Integrare infermieri d'iniziativa, infermieri care manager e infermieri case manager di UO per garantire alla persona affetta da patologia cronica un'assistenza continuativa e coordinata nei diversi setting (MGI, domicilio, ospedale);
- Identificare, per quanto attiene l'ADI, non soltanto le strategie per attuare la DGR 1075/17, ma soprattutto un set di competenze comuni tra le diverse équipe, in particolare competenze avanzate sia di tipo clinico assistenziale, per dare risposte sempre più efficaci e coerenti con le esigenze degli assistiti a domicilio (sostituzione PEG, can-





nula tracheostomica, catetere sovrappubico, posizionamento ecoguidato di cateteri centrali ad inserimento periferico...), sia di tipo educativo;

- Definire il core curriculum degli infermieri case manager rispetto alle diverse posizioni lavorative, che tenga conto di formazione specifica, competenza clinica, ma anche di attitudini personali e professionali, in quanto figure cardine della continuità assistenziale tra i diversi setting di cura, siano essi assegnati ad UU.OO., collocati all'interno di percorsi (es. Breast unit), o assegnati al territorio (ad esempio nel team cure palliative);
- Identificare le attività, normalmente svolte dai genitori, che possono essere gestite dagli OSS in ambienti di vita, quali la scuola, per i bambini/adolescenti disabili, che non prefigurino esercizio abusivo di professione infermieristica;
- Approfondire il tema degli esiti dell'assistenza infermieristica. A tal riguardo la Regione recentemente ha istituito un tavolo e ha dato indicazioni alle Aziende ULSS per il monitoraggio degli esiti dell'assi-

stenza, concentrando l'attenzione sugli esiti di safety (cadute, ulcere da pressione, infezioni, decessi...). Tali esiti possono essere influenzati da moltissimi fattori esterni alle buone pratiche infermieristiche. Diverso è per gli esiti di efficacia o effectiveness, per i quali invece l'azione infermieristica può essere molto più incisiva in quanto autonoma. Il territorio, ed in particolare l'integrazione tra infermieri dell'ospedale e del territorio attraverso un'azione coordinata nella presa in carico dell'assistito, può incidere in maniera importante sulla soddisfazione degli assistiti, sulla loro capacità di autocura, sulla diminuzione dell'ansia nel momento di transizione da un luogo di cura ad un altro e sulle capacità di presa in carico a domicilio.

- Per quanto riguarda le strutture intermedie, si aprono due ambiti di riflessione. Il primo riguarda l'identificare strategie al fine di poter partecipare alla definizione dei criteri di selezione e ammissione degli assistiti nelle strutture intermedie, svolgendone conseguentemente un ruolo attivo (valutazione non

solo della bassa intensità di cura, ma anche della complessità assistenziale). Il secondo ambito di riflessione concerne la possibilità che in un prossimo futuro tali strutture diventino a gestione infermieristica, come già avviene in altre regioni italiane.

NON CONCLUSIONI MA CONSIDERAZIONI...

Alcune di queste sfide coinvolgono già da ora il territorio e gli infermieri che vi lavorano, altre per ora rimangono suggestioni.

Altre ancora sono frutto di processi riorganizzativi in atto.

Resta il fatto che è il territorio l'ambito nel quale la professione infermieristica potrà svilupparsi con creatività e originalità nei prossimi anni.

Le osservazioni della FNOPI presentate da Franco Vallicella in Commissione Igiene e Sanità in Senato



“Il disegno di legge 867 contro la violenza sugli operatori sanitari è un segnale positivo che conferma l’attenzione a questo fenomeno che sta assumendo dimensioni pericolose per gli operatori sanitari e di conseguenza per gli stessi cittadini...”

a cura di FRANCO VALLICELLA

Presidente OPI – Verona
Consigliere Comitato Centrale FNOPI

Corrispondenza:
franco.vallicella@fnopi.it

INSERTO SPECIALE

Senato della Repubblica XVIII Legislatura
Fascicolo Iter DDL S. 867

<http://www.opiverona.it/wp-content/uploads/2019/02/DDL-S.867.pdf>



Senato della Repubblica
XVIII Legislatura

Fascicolo Iter
DDL S. 867

Disposizioni in materia di sicurezza per gli esercenti le professioni sanitarie nell'esercizio delle loro
funzioni

10/02/2019 - 02:25



Federazione Nazionale Ordini Professioni Infermieristiche Roma		
FNOPI	Anno	Titolo <u>I</u> CI <u>01</u> Fasc.
<u>I-118</u> 0,8 GEN 2019		
N.	Repertorio	
UOR	CC	RPA

OSSERVAZIONI DELLA FNOPI SUL DDL 867
AUDIZIONE DEL 9 GENNAIO 2019
COMMISSIONE IGIENE E SANITA' DEL SENATO

Il disegno di legge 867 contro la violenza sugli operatori sanitari è un segnale positivo che conferma l'attenzione a questo fenomeno che sta assumendo dimensioni pericolose per gli operatori sanitari e, di conseguenza, per gli stessi cittadini.

La Fnopi in questo senso sta già manifestando il suo massimo impegno sia al tavolo ministeriale sia in seno all'osservatorio buone pratiche dove è presente attivamente e altrettanto è disponibile a fare anche a supporto dell'Osservatorio previsto nel nuovo Ddl.

La Federazione si è già più volte espressa e ha preso posizione sul tema della violenza sugli operatori, anche a supporto delle numerose denunce e delle iniziative via via prese dagli Ordini provinciali.

La Fnopi non ha intenzione di lasciare solo nessun collega. L'infermiere, come ogni professionista della salute, non è un bersaglio, non è un capro espiatorio, non è un contenitore inerme dove riversare rabbia, frustrazione e inefficienze del sistema. L'infermiere è un professionista alleato del cittadino e tutto il Servizio sanitario deve impegnarsi perché questa alleanza possa esprimersi al meglio, per aumentare sicurezza e fiducia. Il tutto in sintonia e condivisione con le iniziative di altre Federazioni come quella degli Ordini dei medici, coinvolte in prima persona dal fenomeno.

Nel settore sanitario, sociosanitario e in modo particolare nei servizi di emergenza-urgenza e nelle strutture psichiatriche, le aggressioni fisiche hanno raggiunto rispettivamente il 48% e il 27% degli operatori; gli insulti sono risultati invece praticamente ubiquitari, avendo coinvolto rispettivamente l'82 e il 64% degli operatori, e percentuali più o meno simili si trovano per le minacce.

E dei professionisti della Sanità gli infermieri sono quasi il 50 per cento.

La prevenzione degli episodi di violenza a danno degli operatori sanitari richiede che l'organizzazione identifichi i fattori di rischio per la sicurezza del personale e ponga in essere le strategie organizzative, strutturali e tecnologiche più opportune, diffonda una politica di tolleranza zero verso atti di violenza nei servizi sanitari, incoraggi il personale a segnalare prontamente gli episodi subiti: in questo senso il Ddl è un segnale forte e positivo.

Ora, accanto al disegno di legge, è necessario che si dia il via a una formazione continua degli operatori sugli aspetti della comunicazione e della relazione di aiuto nei confronti delle persone assistite.

E' importante che i professionisti sappiano comunicare con fermezza agli utenti, agli accompagnatori e al personale che gli atti di violenza non sono permessi o tollerati. Oggi si stanno affermando messaggi culturali che inducono la popolazione a coltivare una rabbia crescente verso gli operatori delle strutture. A questo concorrono le notizie spesso scandalistiche sui servizi sanitari, che creano a

LE OSSERVAZIONI DELLA FNOPI



priori un'aspettativa negativa nei confronti dei servizi, che a sua volta fomenta la frustrazione e la rabbia e mina il rapporto di fiducia tra cittadini e operatori.

Il Ddl considera questi elementi di criticità e promuove le prime azioni a sostegno della rilevazione ad ampio spettro degli eventi e del miglioramento dell'accuratezza e completezza della segnalazione.

Non è creando allarme sociale o incertezza nei cittadini che si risolvono i problemi del Ssn e non si riduce la violenza rimettendo il medico o un'altra figura professionale al centro: al centro si deve rimettere il paziente.

Non è possibile scindere il problema rispetto a una professionalità, ma ad affrontarlo deve essere l'équipe e medici, infermieri e le stesse aziende devono costruire sinergie in questo senso perché non è il solo ministero della Salute o le sole Regioni a poter risolvere in problema: è un problema di contesto.

Si deve anche stare attenti a far passare messaggi distorti come ad esempio quello sull'emergenza e le relative competenze che mettono ansia e generano paure nei cittadini, inasprendo il loro rapporto con gli operatori.

Tra le cause che forse è possibile attenuare c'è sicuramente l'eccesso di attesa per una prestazione sanitaria, soprattutto nel pronto soccorso dove si assumono a volte tempistiche davvero stressanti. Esistono in questo senso meccanismi già collaudati in alcune Regioni benchmark con sistemi di smistamento alternativi (ad esempio il See&Treat, ambulatori di fatto di primo soccorso infermieristico) per alleggerire le file dagli interventi a bassa intensità di cura e ridurre la tensione e la reattività dei pazienti. Ma anche in questo senso, oltre a un'organizzazione da regolamentare a livello nazionale, occorre una sinergia totale dal punto di vista dei rapporti tra professioni che eviti momenti di tensione che poi si ripercuotono sui rapporti con i cittadini.

C'è sicuramente da risolvere il problema di non lasciare soli gli operatori e quello degli organici sempre più ridotti. La Federazione ha già detto no a 'minutaggi' nelle prestazioni erogate perché non è così che si crea la relazione terapeutico-assistenziale con gli assistiti. Il cittadino non ha chiaro chi si prende cura di lui: deve capirlo che a farlo è l'équipe.

Anche rispetto all'assistenza domiciliare, altro terreno di rischio per la violenza sugli operatori, spesso modelli organizzativi sono decisi da pochi mentre il sistema di rischio clinico deve avere modalità diffuse, interconnesse e condivise da tutti. Lo sviluppo tecnologico ad esempio, che non riesce a decollare per colpa di scarsi investimenti, è una risorsa per aiutare gli operatori in remoto e a distanza: non si può pensare a un'assistenza domiciliare fatta sempre in almeno due, ma si può immaginare così un controllo continuo su chi la eroga.

La prevenzione degli episodi di violenza a danno degli operatori sanitari richiede quindi che l'organizzazione identifichi i fattori di rischio per la sicurezza del personale e ponga in essere le strategie organizzative, strutturali e tecnologiche più opportune, diffonda una politica di tolleranza zero verso atti di violenza nei servizi sanitari, incoraggi il personale a segnalare prontamente gli episodi subiti e a suggerire le misure per ridurre o eliminare i rischi e faciliti il coordinamento con le Forze dell'ordine o altri soggetti che possano fornire un valido supporto per identificare le strategie atte a eliminare o ad attenuare la violenza nei servizi sanitari.

FEDERAZIONE NAZIONALE DEGLI ORDINI
DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE



Solo l'impegno comune di tutti però (direzioni aziendali, dirigenza infermieristica e medica, coordinatori, professionisti e loro rappresentanti, organizzazioni sindacali, rappresentanti dei cittadini, organi di informazione) può migliorare l'approccio al problema e assicurare un ambiente di lavoro sicuro. Tanto più che gli atti di violenza possono ripercuotersi negativamente anche sulla qualità dell'assistenza offerta ai cittadini.

In più, nel caso degli infermieri, va anche considerato il fatto che si tratta per il 77,42% di donne (in alcune Regioni si supera il 90%) e quindi le misure indicate per prevenire la violenza sui posti di lavoro, pur avendo valenza generale per tutti gli operatori, sono mirate a una vera e propria tutela di genere.

Per evitare la violenza di genere sarebbe utile anche regolamentare l'uso dei social nei luoghi di lavoro – la Fnopi lo ha fatto, ma sarebbe opportuna un'azione collettiva - soprattutto rispetto a ciò che spesso questi riportano dell'attività professionale per evitare commenti, furti di identità e proposte inappropriate (ne sono vittima circa il 12% delle donne coinvolte).

E sarebbe anche necessario sui luoghi di lavoro stabilire pene più severe per chi aggredisce verbalmente e fisicamente una donna, prevedendo l'aggravante del pericolo che nell'azione possono correre gli assistiti.

Bisogna aumentare non solo la formazione degli operatori ma anche l'informazione, perché siano denunciate da tutti e in modo chiaro le azioni di ricatto e le persecuzioni nell'ambiente di lavoro rispetto alla posizione e ai compiti svolti. Un mobbing spesso sommerso che colpisce spesso in prevalenza proprio il sesso femminile e che alla fine indebolisce anche il rapporto tra professionista e cittadino. Non si può più "lasciar fare" e in questo vanno sensibilizzati i datori di lavoro e i responsabili dei servizi: la violenza va rifiutata ed evitata e per questo si devono prevedere sanzioni anche per chi non è in grado di garantire la sicurezza dei suoi dipendenti.

La Presidente

Barbara Mangiacavalli

Dalle riforme sanitarie del Veneto al Piano Socio Sanitario della Regione Veneto 2019 – 2023: un “cortometraggio”

Un’analisi attenta e una sintesi precisa che parte dalle riforme sanitarie del Veneto per entrare nel merito del Piano Socio Sanitario 2019 – 2023 recentemente approvato e presentata alla Conferenza dei servizi il 17 dicembre scorso.

a cura di DARIO ZANON

Direttore Funzione Territoriale Azienda ULSS
9 Scaligera

INSERTO SPECIALE

Conferenza dei Servizi
Il piano di Legge Regionale

http://www.opiverona.it/wp-content/uploads/2019/02/conferenza-dei-servizi_17-dicembre-2018.pdf



Conferenza dei Servizi

Il Progetto di Legge Regionale

Piano Socio Sanitario della Regione Veneto 2019-2023

Verona, 17 dicembre 2018

Dario Zanon
Direttore Funzione Territoriale

NOI E GLI ALTRI

a cura di CHIARA CIRESA

Corrispondenza:
c.ciresa@outlook.it

Chiara Ciresa

...“Allora non è un mondo così difficile come lo hanno dipinto nei tre anni trascorsi tra libri e tirocini in ospedale” pensavo, con la voglia di fare e l’intraprendenza di una ragazza di soli 21 anni. E poi ho gradualmente iniziato a comprendere...



Mi chiamo Chiara, ho 26 anni e anch'io, come voi, sono un'infermiera. La laurea a novembre del 2014 ed un contratto in partita iva già dal mese successivo. Non mi sembrava vero.

“Allora non è un mondo così difficile come lo hanno dipinto nei tre anni trascorsi tra libri e tirocini in ospedale” pensavo, con la voglia di fare e l’intraprendenza di una ragazza di soli 21 anni. E poi ho gradualmente iniziato a comprendere. Lavorando sul territorio riuscivo davvero a capire quanto la nostra società non fosse (e non sia) ancora pronta a rendere propri alcuni concetti, che sono forse quelli su cui molti giovani come me fondano la propria professionalità.

L'infermiere studia, si aggiorna, ha una laurea e quindi sa, l'infermiere fa ore e ore di pratica e quindi sa fare, l'infermiere conosce i principi dell'etica e della deontologia e quindi sa essere. Eppure, ancora oggi, quella dell'infermiere è una professione facilmente sostituibile da figure come le badanti, i vicini di casa, Google o addirittura da altri professionisti sanitari.

In questo clima nasce la mia voglia di novità. Decido di partire per un viaggio di piacere e formazione a gennaio 2015, proprio in quei mesi ricevo la mail, anzi LA mail. Sì perché quel messaggio in posta elettronica ha cambiato un bel po' il corso della mia vita, e gliene sarò eternamente grata.

In quella mail ricevo una proposta di lavoro, per un ospedale pubblico, a tempo indeterminato... in Inghilterra. Gioia, soddisfazione, paura, trepidazione.

Un vortice di emozioni che mi ha accompagnata fino al 12 giugno 2015, quando la mia avventura da infermiera italiana in Inghilterra ha avuto inizio. La ragazzina di 21 anni che è partita quel giorno, si è ritrovata a dover essere un po' più donna in un Paese nuovo, con una lingua nuova, a fare il lavoro per cui aveva studiato e conseguito la laurea. Facile, no? A tratti sì, il mondo del lavoro inglese ti sprona a volere e pretendere sempre di più.

È una realtà che ti permette di crescere professionalmente e umanamente, che ti permette di "avere sempre fame". Cambiare reparto si può, e tutte le volte che si vuole, così come si può cambiare ospedale, città, regione. L'importante è superare il

colloquio, ma scegli tu per cosa porti. Ma poi c'è la lingua, la cultura diversa dalla nostra, il clima, i ritmi. L'Inghilterra è veloce, non si ferma mai, e devi stare al passo. Altrimenti cominci a pensare a quello che hai lasciato a casa, nella tua vera casa e cominci a porti delle domande.

Dopo tre anni, ti domandi a che punto della tua vita ti trovi, se sei felice lì dove sei o se ti manca qualche pezzo di puzzle. Quei pezzi di puzzle che già avevo prima di partire, ma di cui non mi ero mai accorta, perché è così, si deve cambiare prospettiva per poter realmente analizzare una situazione a tutto tondo.

Dopo tre anni, consapevole sia di quello che lasciavo che di quello che avrei trovato al mio ritorno, ho scelto di tornare in Italia. Una scelta consapevole, appunto, che solo in quanto tale non porta con sé rimorsi né rimpianti, anzi.

Sono felice di quella scelta fatta nell'aprile del 2015, la rifarei altre cento volte e non solo, la consiglierei! Consiglio di uscire dalla zona di comfort a tutti quei colleghi che non si sentono al proprio posto, che vorrebbero scoprire cosa c'è oltre il confine, che si vogliono mettere alla prova, a quelli che non hanno il coraggio di farlo, ma anche a chi vuole crescere professionalmente o imparare ancora, ancora e ancora.

Nell'ultimo anno in Inghilterra, ho lavorato al mio libro "Diario di un'infermiera italiana in Inghilterra", che offre uno sguardo sulla mia esperienza personale, tra alti e bassi, aspetti negativi e positivi. Un libro che potesse anche aprire gli occhi su questa realtà sempre più in aumento, dei professionisti, soprattutto infermieri, che si trovano a volersi (o doversi) trasferire all'estero per fare il proprio lavoro.



RECENSIONI

Diario di un'infermiera italiana in Inghilterra

a cura della REDAZIONE

INFORMAZIONI

TITOLO:
Diario di un'infermiera italiana
in Inghilterra

AUTORE:
Chiara Ciresa



“Ti è mai successo di guardare la tua vita, il tuo lavoro, i tuoi obiettivi e pensare “Non ci siamo, non è questo ciò che voglio”? Ti sei mai fermato a ragionare su cosa sia davvero importante per te, e non per chi ti sta attorno? Ti sei mai chiesto se sei felice, realizzato, completo, qui ed ora? Io la mia risposta l’ho trovata in una mail. No, non ero soddisfatta. Sì, volevo di più. E in un pomeriggio di febbraio, ho deciso di rischiare. Mi sono buttata, lanciata nel vuoto, e ad aspettarmi alla fine di quel salto c’era un morbido materasso chiamato Inghilterra. Non è tutto oro ciò che luccica, questo ora lo so, ma oggi, dopo tre anni da quel salto, mi guardo allo specchio e mi dico “Sì, sono felice! E Sì, mi sento realizzata”. E tu, che stai aspettando?”

(<https://www.amazon.it/Diario-uninfermiera-italiana-Inghilterra-sopravvivenza/dp/1980602239>)

Indirizzo PEC, cosa e come fare?

Sono un'infermiera dipendente dell'Azienda Ospedaliero Universitario Integrata di Verona, qualche tempo fa ci è arrivata una newsletter in cui è stato di fornire il nostro indirizzo PEC, cosa dobbiamo fare per averlo?

Giulia

di MARINA VANZETTA

Gentile Collega,

l'ordine delle professioni infermieristiche di Verona si è attivato per fornire a tutti gli iscritti un indirizzo di posta certificata.

A far data dal 15 febbraio 2018 è possibile richiedere tale servizio seguendo le istruzioni indicate sul sito web istituzionale www.opiverona.it.

Le ricordiamo però le avvertenze sotto riportate per non incorrere in spiacevoli sorprese qualora non fossero adempiti gli obblighi che l'attivazione della casella di Posta Certificata impone:

- Attivata la casella, il Professionista è tenuto a controllarla con regolarità. Quanto è stato inviato è dato come consegnato, anche se la casella non è stata aperta;

- Dall'invio del documento o della comunicazione certificata, indipendentemente dall'apertura della casella, decorrono dei termini stabiliti da rispettare;

Esempio: una multa, una cartella di pagamento, atti giudiziari, ecc. sono dati per consegnati dal momento dell'invio, anche se il destinatario, possessore della casella certificata, non li ha aperti e quindi non conosce il contenuto;

- Quanto sopra vale anche se il contenuto della PEC arrivasse per errore nella casella cd "posta indesiderata" o "Spam".

Il titolare dell'account, quindi, è tenuto a controllare periodicamente anche tale sottocartella, per accertarsi che non vi sia finita qualche e-mail PEC importante.

- L'Azienda Sanitaria di appartenenza potrà inviare, tramite PEC, tutte le comunicazioni previste dall'articolo 13 della legge 24/2017.

Anche in questo caso i termini, per eventuali comunicazioni all'assicurazione per l'apertura di un eventuale sinistro, o altro, decorrono dalla data di consegna.

Per quanto detto sopra è indispensabile un controllo quotidiano della propria casella.

Stefano Bernardelli
Consigliere



www.opiverona.it



**Ordine delle Professioni
Infermieristiche di Verona**

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

