

PROSPETTIVE INFERMIERISTICHE

Infermieri Professionali · Assistenti Sanitari · Vigiliatrici d'Infanzia



LIMITAZIONI LAVORATIVE
E INIDONEITÀ



INTERVISTA A LUISA SAIANI

numero 2

maggio - settembre 2016

SOMMARIO

EDITORIALE	1
RASSEGNA STAMPA	
Un dirigente medico per gli infermieri «Contro la legge»	2
Il destino di Bussolengo	2
Azienda ospedaliera, dopo 18 anni conti ok	3
La buona sanità esiste	4
Verona e Padova alleate per i corsi dei paramedici	4
Garanzie per l'Orlandi e chiarezza sul Magalini	5
Nuova Ulss Gardesana? «Fuori tempo massimo»	6
Ospedali Magalini e Orlandi. L'assessore mette in guardia	7
«Non è vero, non è troppo tardi per creare l'Ulss gardesana»	8
L'auto con il medico ora è in servizio	8
Magalini, si parte Tre Ulss insieme per gli acquisti	10
«Serve una doppia Ulss: la 21 non va sacrificata»	11
«La Bassa ha bisogno di un'Ulss tutta per sé»	12
ESPERIENZE DAL TERRITORIO	
Il mondo del lavoro, come orientarsi sulle scelte da fare	13
Integrazione ospedale territorio: il PDTA e il modello di cura integrato del paziente diabetico nell'ULSS 20 di Verona - Ospedale "G. Fracastoro" di San Bonifacio	16
ISTITUZIONI E TERRITORIO	
SSN, limitazioni lavorative e Inidoneità: un fenomeno dalle proporzioni preoccupanti	21
NOI E GLI ALTRI	
Luisa Saiani Professore Ordinario a Verona	24
RECENSIONI	
Fine vita, un racconto	28
Una morte dolcissima	28
LETTERE AL DIRETTORE	29

Pubblicazione trimestrale. Questo numero è stato chiuso il 29 settembre 2016.

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, Riolfi Rita.

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

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

Note editoriali: Gli articoli inviati dovranno essere corredati dal titolo, dalle note bibliografiche, cognome e nome dell'autore e qualifica professionale, ente o istituto di appartenenza, recapito postale e telefonico. Dovranno essere inviati alla sede del Collegio IPASVI di Verona, via Cà di Cozzi 14/a, 37124 Verona - E-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.cocchiecchi.it]



Riflessioni sul convegno: Gestire insieme la cronicità

Il 09/09/2016 si è svolto presso il Ministero della Salute un'importante iniziativa convegnistica con tema: "Gestire insieme la cronicità".

Tale incontro è stato promosso ed organizzato dalla nostra Federazione Nazionale e dalla pari organizzazione dei medici, con il patrocinio del Ministero della Salute, presente con le relazioni di due direttori generali dello stesso:

- Dott. Renato Botti (Direttore Generale della programmazione) che ha presentato la relazione "Il piano Nazionale Cronicità";
- Dott.ssa Rossana Ugenti (Direttore Generale delle professioni sanitarie e delle risorse umane del SSN) con "Il ruolo delle professioni"

La rilevanza dell'evento ha differenti motivazioni, in sintesi:

- perché ha affrontato un tema di rimarchevole interesse, per l'intera collettività e per la stessa nostra professione, che non possiamo più solo annunciare. Ovvero quella della presenza sempre più rilevante, sul piano quantitativo ma anche su quello della complessità, del fenomeno della "cronicità"
- perché si è finalmente affrontato la tematica in parola con uno strumento offerto alle regioni, ossia il "Piano nazionale cronicità". Quindi un approccio non locale al fenomeno, ma nazionale e sistemico, creando le condizioni affinché tutti i nostri concittadini - alle prese con un problema di cronicità - possano avere, indipendentemente da dove risiedono, la stessa opportunità e quindi risposta ai loro bisogni;
- perché il tema è stato affrontato con il coinvolgimento dei tutti gli attori da cui dipendono le risposte concrete ai nostri concittadini affetti da patologie croniche. Mi riferisco alle due categorie professionali, che per numerosità e specifico professionale, avranno l'onere di prendersi in carico questi pazienti: gli infermieri e i medici, per la prima volta attori posti sullo stesso piano, alleati per una sfida comune;
- perché per la prima volta si scrive un piano che da indicazioni concrete ed univoche - su tutto il territorio nazionale - puntando sulle potenzialità delle professioni sanitarie e creando le condizioni per migliore utilizzo della professionalità, ora non completamente espressa, a servizio del cittadino;

Accanto ai sopra illustrati motivi di soddisfazione, nel merito dobbiamo però anche osservare che:

- il piano non è finanziato. E questo è un punto molto critico. Le risorse per poter dare "gambe" ai buoni propositi e all'impalcatura organizzativa delineata nel piano, devono essere trovate dalle regioni che hanno la responsabilità applicativa del progetto;
- in alcuni passaggi del piano è evidente l'enfasi che viene data alle possibilità del medico di medicina generale, senza chiaramente riservare una pari considerazione per l'infermiere che è in realtà il professionista che maggiormente starà accanto al cittadino con questi problemi. Ricordiamoci che stiamo parlando di persone portatrici di patologie croniche e che per definizione hanno già una diagnosi, e che esprimono prevalentemente bisogni assistenziali riconducibili alla sfera di competenza infermieristica;
- Il progetto, approvato dal Ministero è passato al vaglio della Conferenza Stato Regioni, ed approvato in data 15/9/2016. Ora spetta alle Regioni declinarlo nella realtà locale e nelle differenti organizzazioni del servizio sanitario. Questo passaggio sicuramente ne riduce le potenzialità e la forza progettuale essendo la paternità non coincidente con quanti dovranno realizzarlo.

Al netto di tutti i punti critici, ritengo comunque che l'iniziativa convegnistica e il piano stesso, a cui dedicheremo maggiori approfondimenti, sia stato un primo esempio di formale collaborazione tra due enti nazionali: federazione medici ed infermieri. Ancora, auspichiamo che l'iniziativa possa essere replicata per tante altre proposte e che soprattutto possa essere da ulteriore impulso o consolidamento alla collaborazione ed integrazione nella quotidianità dei nostri servizi, ne abbiamo bisogno tutti, i pazienti in primis.

Buona lettura.



EDITORIALE

di FRANCO VALLICELLA

Presidente Collegio IPASVI
di Verona

RASSEGNA STAMPA

L'ARENA - 17 maggio 2016 - Proteste dei sindacati

Un dirigente medico per gli infermieri «Contro la legge»

a cura della REDAZIONE

Gli infermieri si troveranno ad avere un medico come dirigente. Il segretario provinciale del Sindacato degli Infermieri, Libero Paolo, proprio non ci sta e chiede chiarimenti alla direzione e in V° Commissione Sanità Regione Veneto in merito alla delibera del 16 maggio. Secondo lui, infatti, il direttore generale dell'Azienda ospedaliera universitaria integrata, con questa delibera "infrange e reinterpreta 20 anni di passaggi normativi che hanno condotto alla formazione per tale ruolo un infermiere che dopo la Laurea triennale in Infer-

mieristica abbia conseguito la Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche ed Ostetriche". Tuona ancora Libero: "Non possiamo permettere che tutta la Regione vada in una direzione, con l'istituzione delle dirigenze dei Servizi per le professioni Sanitarie e l'azienda di Verona invece", continua il Segretario Provinciale del Nursing Up, "in controtendenza e contro la normativa affidi la direzione del Servizio alla figura del medico che, con tutto il rispetto, non ha però nessuna formazione specifica per ricoprire tale ruolo".

L'ARENA - 28 maggio 2016 - Lettere

Il destino di Bussolengo

La consigliera regionale Orietta Salemi fa «un'entrata a piè pari» (da cartellino rosso) sul sistema sanità. Dice in una proposta, riportata anche da L'Arena, che l'ospedale Orlandi di Bussolengo va riconvertito, trasbordando tutti i reparti di Medicina, Chirurgia, Ortopedia, Oculistica, Maternità al Magalini di Villafranca, per il bene dello stesso nosocomio in riva all'Adige.

La Salemi si sforza a dimostrare l'utilità dell'operazione, che in una parola sola vorrebbe dire: chiusura. Sta per la scomparsa coatta del glorioso Orlandi dopo un secolo e mezzo di attività, uno dei primi ospedali della Regione Veneto, con una dedizione verso i pazienti da Buon Samaritano. Com'è tuttora ben ristrutturato, allargato, ritenuto attualmente uno dei migliori ospedali funzionanti, con medici e infermieri professionalmente preparati, come ebbero a scrivere i pazienti su questo giornale. Certo, i problemi nel campo della sanità ci sono, eccome. Ma la Salemi semmai, come insegnante, dovrebbe interessarsi più della scuola, dove, anche qui, la situazione non è rosea. Sa-

nità e scuola, i cardini, pilastri affinché la società possa dirsi progredita. Ma quando c'è da tagliare, snellire il bilancio generale, purtroppo che cosa si fa? Si sfofliscono i bilanci degli ospedali. Magari, chiudendoli. E i pazienti sono costretti a rivolgersi ai privati. Forse sta qui la manovra, l'intervento della consigliera Salemi: declassare l'Orlandi, uno dei più prestigiosi del comprensorio, per favorire le strutture ospedaliere private o convenzionate. Invece di essere piuttosto il contrario: che il pubblico abbia il sopravvento sul privato, facendogli una sana concorrenza.

E si dimentica che per avere la sanità per tutti (così per la scuola) si è lottato molto, a partire dal dopoguerra. La signora Salemi dovrebbe saperle queste cose, dal momento che è lì in Regione a rappresentare un partito il cui «Dna» ereditario (riforma) è quello di una sanità pubblica efficiente in modo tale che tutti possiamo curarci la salute a prescindere dalle possibilità economiche.

Anna Caldana
VERONA



L'ARENA - 01 giugno 2016 - dalla città

Azienda ospedaliera, dopo 18 anni conti ok

Dopo diciotto anni, l'Azienda ospedaliera universitaria integrata torna in utile. L'ultima volta era stata nel 1998, quando avanzò qualche milione di lire. Il bilancio 2015 si è chiuso con un attivo di 4,5 milioni di euro, di cui 3,5 sono stati subito accantonati per investimenti: «Soprattutto destinati a nuovi macchinari sanitari, che andranno a sostituire i vecchi», spiega il direttore generale Francesco Cobello.

La forbice con l'anno precedente, che era terminato con una perdita di oltre 13 milioni di euro, salta all'occhio. A cosa è dovuta la svolta? «Non alla fortuna. È stata una lunga marcia, ma ci siamo riusciti. Abbiamo lavorato tanto e bene», risponde Cobello. «E dove c'è buona economia, c'è anche buona sanità». In sostanza: sono aumentati i pazienti, sono aumentati gli interventi chirurgici, calati i giorni di ricovero, mentre il personale non diminuisce ma nemmeno cresce.

Il bilancio del 2015 è stato illustrato ieri nella sede di Borgo Trento, alla presenza anche del rettore dell'Università, Nicola Sartor, del direttore del servizio di bilancio e programmazione, Roberto Sembeni, del direttore del servizio di controllo e gestione, Valeria Perilli, e del presidente della Consulta dei primari, Giuseppe Moretto. Erano attesi anche l'assessore alla sanità, Luca Coletto, con il direttore

generale dell'area sanità e sociale, Domenico Mantoan, entrambi trattenuti da altri impegni.

Partiamo dall'allargamento del bacino di utenza. Gli ospedali di Verona sono sempre più «attrattivi». Aumentano, in particolare, i pazienti che arrivano da fuori regione, i quali catalizzano già il 20 per cento dell'attività complessiva, e sono ulteriormente cresciuti del 7,9 per cento tra il 2014 e il 2015, per un valore delle prestazioni di 3,8 milioni di euro. Cresce pure il numero degli interventi chirurgici: più 4,7 per cento, per un totale di 30.216, cui vanno aggiunte circa settemila operazioni di oculistica. «L'attività di trapianto, soprattutto di rene, cuore e fegato», continua Cobello, «ha grandi possibilità espansive. Ma abbiamo bisogno di più organi. E questa è una ripartizione che si fa a livello regionale e nazionale».

Se i pazienti aumentano, la degenza media si accorcia, «com'è nell'obiettivo della Regione», specifica Cobello. Quattro anni fa i giorni di ricovero erano mediamente nove, oggi sono otto e mezzo. Ogni giorno, l'Azienda ospedaliera ricovera 1.100 pazienti. Le persone che accedono quotidianamente agli ambulatori sono 3.800; al pronto soccorso 370; in day hospital 290; per interventi chirurgici 150; dieci al giorno le donne che

partoriscono. Liste d'attesa? «La regione ha imposto le classi di priorità e noi riusciamo a rispettarle nel 99 per cento dei casi», dichiara Cobello.

«Come? Razionalizzando gli ambulatori e lavorando "a persona": se il posto non c'è immediatamente, il paziente viene richiamato nei tempi richiesti». In crescita anche i costi per beni sanitari per 29,5 milioni di euro: 15,4 per i farmaci di ultima generazione contro l'epatite C; 5,8 per medicinali prima a carico dell'Usls 20; 8,3 per farmaci e dispositivi medici correlati all'incremento dell'attività.

«Perché lavorare di più», chiosa Cobello, «implica spendere di più». Il personale, però, è sempre lo stesso, anzi quello amministrativo diminuisce. L'Azienda ospedaliera ha 5.100 dipendenti (tre in più del 2014), di cui 862 medici (due in più) e 2.133 infermieri (uno in più).

L'Azienda ospedaliera, è bene ricordarlo, si occupa inoltre della formazione dei futuri professionisti della sanità e della ricerca scientifica: «Settori fondamentali, ma che nell'immediato non producono ricavi, anzi assorbono risorse», commenta Sartor. «All'Azienda, quindi, va dato ancora più merito per i risultati conseguiti».

Lorenza Costantino

L'ARENA - 01 luglio 2016 - Lettere

La buona sanità esiste

In un periodo in cui, troppo spesso, si sente parlare di casi di malasànità, vorrei riferire di un caso di buona sanità. Per un'emergenza legata al diabete, patologia di cui soffro, sono stato costretto a ricorrere al Pronto soccorso dell'ospedale di Borgo Trento; da qui, dopo i primi accertamenti, sono stato inviato in un reparto di cui ignoravo l'esistenza: Sdc (Sezione di decisione clinica). In questa sezione, sotto la gui-

da del dottor Roberto Castello, direttore di Endocrinologia di Borgo Trento, sono trattiene pazienti provenienti dal Pronto soccorso che necessitano di ulteriori esami clinici, con degenza per un periodo massimo di tre giorni, dopo i quali vengono dimessi o indirizzati, se necessario, ai reparti specifici. In questa struttura ho riscontrato grande professionalità, competenza e disponibilità da parte di medici, infermieri e

inservienti. Con questo intendo portare a conoscenza dei lettori come nei nostri ospedali le cose spesso funzionino ottimamente. Grazie quindi a tutto il personale di Sdc e mi raccomando: continuate così!!!

Luciano Deanni
VERONA

L'ARENA - 08 luglio 2016 - dalla città

Verona e Padova alleate per i corsi dei paramedici



Con la firma del protocollo di intesa da parte del presidente Luca Zaia, la Regione Veneto e le Università di Padova e Verona hanno rinnovato la collaborazione attiva da oltre vent'anni per la formazione universitaria di infermieri, ostetriche, tecnici della riabilitazione e della prevenzione, secondo le esigenze di fabbisogno assistenziale previste dalla programmazione socio-sanitaria e la domanda occupazionale delle aziende e dei servizi del sistema sanitario veneto. «La qualità e lo sviluppo del sistema sanitario dipendono sempre più dalla formazione degli operatori, medici e non», sottolinea il presidente Zaia.

«Per questo la Regione non solo monitora e partecipa all'offerta formativa delle scuole universitarie, in relazione anche al fabbisogno regionale e all'effettiva possibilità occupazionale», precisa il presidente della Giunta veneta, «ma investe risorse del proprio bilancio per sostenere direttamente i percorsi formativi non solo dei medici, ma anche di tutte quelle professioni sanitarie, sempre più specialistiche, che sono il cardine di tutti i percorsi assistenziali e il supporto

indispensabile al buon funzionamento di ospedali e servizi». La sinergia tra università e Sanità è presupposto e punto di forza della capacità di cura della sanità veneta e l'intesa siglata tra Regione e i rettori dei due atenei assicura continuità ai corsi di laurea attivati a Padova e Verona (e nei poli periferici collegati nei due atenei) in Scienze infermieristiche, ostetricia, fisioterapia, logopedia, tecniche della riabilitazione, tecniche di laboratorio, tecniche di prevenzione, dietistica, igiene dentale, tecniche di radiologia, tecniche audio-protesi, assistente sanitario, scienze delle professioni sanitarie.

Una galassia di percorsi formativi, paralleli o complementari alle scuole di medicina, che formano ogni anno in Veneto centinaia di professionisti da impiegare nei diversi comparti sanitari.

L'ARENA - 20 luglio 2016 - dalla Provincia

Garanzie per l'Orlandi e chiarezza sul Magalini

Ospedali dell'Ulss 22 in primo piano nella Conferenza dei sindaci convocata per oggi a Bussolengo. Al punto all'ordine del giorno, sollecitato dal comitato sorto in difesa dell'Orlandi, per mettere a fuoco aggiornamenti e proposte finalizzati a definire il futuro della struttura, si è aggiunta una mozione sulla «riorganizzazione della sanità ospedaliera e territoriale locale», di cui si fa promotrice l'amministrazione di Nogarole Rocca.

Per l'Orlandi si proporrà di istituire una commissione in seno alla Conferenza per elaborare un piano concreto di utilizzo dell'ospedale – che secondo la programmazione regionale sarà pilastro medico del polo a due gambe con il Magalini di Villafranca - anche alla luce della sua posizione strategica come presidio sanitario pubblico in un'area vocata al turismo del lago di Garda, della zona del Baldo e della Valpolicella, la cui stagione si prolunga oramai oltre i sei mesi l'anno.

«Analogamente dovremo lavorare anche su Isola della Scala e sugli altri centri ospedalieri per formulare le nostre proposte da condensare in un documento unico, contenente indicazioni e orientamenti concretizzabili, espressi da chi vive sul territorio», avverte la presidente Graziella Manzato, che da pochi giorni ha rimpinguato con la nuova mozione la lista degli argomenti da trattare in assemblea con i sindaci.

Quest'ultimo documento, se sarà condiviso dalla Conferenza, servirà a chiedere al commissario straordinario Pietro Girardi e al presidente della Regione Veneto Luca Zaia di esprimersi con urgenza sull'assetto della sanità ospedaliera nell'Ulss 22, «con i contenuti della riorganizzazione uniti ad un credibile e certo cronoprogramma di attivazio-

ne di tutte le strutture e i reparti che lo costituiscono». Si chiede inoltre di procedere all'apertura del nuovo Magalini di Villafranca «per il quale, dopo 40 milioni di euro spesi e 13 anni trascorsi dalla decisione di una sua completa ristrutturazione, il procrastinarsi dell'entrata in funzione si configura come ingiustificabile danno erariale, oltre che una grave carenza per il diritto alla salute degli utenti dell'azienda sanitaria».

L'amministrazione di Nogarole Rocca chiede anche alla Conferenza dei sindaci di votare altre due istanze. Ovvero l'appello alla Regione a «non procedere ad ulteriori riduzioni di fondi sanitari destinati al territorio, già penalizzato sia da trasferimenti pro capite inferiori alla media veneta, sia, soprattutto, da una politica aziendale attuata per anni e caratterizzata da tagli di spesa attraverso la quale si sono ridotte le prestazioni ai cittadini, generando avanzi di gestione, destinati ai bilanci di altre aziende». Infine, la richiesta di «attivare da subito servizi di sanità territoriale

come day hospital, ospedali di comunità, medicina associata», necessari per la gestione dei bisogni sanitari non acuti o post acuti.

«Abbiamo preso questa iniziativa», spiega per conto dell'amministrazione di Nogarole il vicesindaco Luca Trentini, «perché manca chiarezza: vengono ripetutamente indicate date di apertura dell'ospedale di Villafranca, senza avere alcuna certezza. Intanto la rete sanitaria di altri territori è stata riorganizzata in pochi anni: un esempio per tutti, San Bonifacio per l'Est Veronese». Lasciano perplessi anche le recenti disposizioni dirigenziali con le quali dai primi di luglio sono state trasferite Urologia e Chirurgia da Isola della Scala all'Orlandi. «Si evince che i tempi di attivazione del Magalini potrebbero essere ancora lunghi, oltre il 31 dicembre, data indicata dagli ultimi documenti ufficiali della Regione», conclude Trentini.

Valeria Zanetti





L'ARENA - 22 luglio 2016 - dalla Provincia

Nuova Ulss Gardesana? «Fuori tempo massimo»

L'Ulss Gardesana proposta del consigliere regionale Andrea Bassi, che nei giorni scorsi ha scritto a 25 sindaci del comprensorio per chiedere di «contrastare la riduzione a una sola delle aziende sanitarie scaligere», solleva reazioni e polemiche. L'altro ieri è stata anche oggetto di interventi da parte dei primi cittadini dell'Ulss 22, riuniti in Conferenza a Bussolengo, anche se la questione non era all'ordine del giorno. Intanto fioccano le prese di posizione dei politici.

I sindaci sono scettici, la proposta dell'azienda sanitaria del Lago, in analogia con l'Ulss di San Donà separata da Venezia, per rispondere alle esigenze della popolazione locale e dei numerosi turisti che da marzo ad ottobre frequentano la sponda veronese del Benaco, arriva fuori tempo massimo.

«L'idea di Bassi è ottima», commenta la sindaca di Bussolengo, Paola Boscaini, «ma doveva essere formulata prima dell'entrata in vigore dell'attuale programmazione regionale e delle schede ospedaliere. E comunque prima che il presidente della Regione, Luca Zaia, presentasse il progetto di legge n.23 sull'Azienda Zero, che prevede l'Ulss unica per Verona».

Ora, secondo Boscaini, Venezia che ha già investito 40 milioni su Villafranca, non farà marcia indietro per l'Ulss Gardesana, che vedrebbe l'Orlandi diventare presidio sanitario pubblico per

i Comuni del lago e dell'entroterra. Meglio per Bussolengo puntare sul modello di ospedale turistico, riferimento per il tradizionale bacino d'utenza e per i villeggianti, mantenendo i reparti indicati dalle schede ospedaliere, il pronto soccorso, specialità come nefrologia e pneumologia per turisti dializzati o asmatici, oltre ad alcune eccellenze nella piccola chirurgia. D'accordo anche l'amministrazione di Bardolino. «Il nostro punto di vista è stato illustrato in Conferenza dall'assessore ai servizi sociali, Elena Avanzini. L'idea dell'Ulss del lago ci sta, ma la Regione resterà sulle sue posizioni», commenta il sindaco Ivan De Beni. «I giochi sono già fatti. Il nostro territorio è abbandonato a se stesso dal punto di vista della programmazione sanitaria. Siamo ai confini con la Lombardia ed il Trentino, lontani da Venezia», commenta.

Interessante, invece, anche secondo De Beni, l'idea dell'ospedale turistico, da sviluppare con l'aiuto dell'assessore alla sanità Luca Coletto. «Boscaini lo ha già informato della proposta sulla quale stiamo ragionando», prosegue.

Massimiliano Adamoli, primo cittadino di Dolcè, fa rilievi sul metodo scelto per raccogliere consensi sull'Ulss del lago. «Dovevano portarla in Conferenza dei sindaci, non presentarla in veste di mozione nei Comuni. Io inserirò il documento nell'ordine del giorno del Consiglio di giovedì, ma non servirà a nulla». Intanto arrivano

le reazioni politiche. Secondo il segretario della Lega Nord di Verona, Paolo Paternoster, l'Ulss Gardesana inciderebbe sull'aumento della spesa sanitaria veneta. «L'Azienda unica provinciale voluta da Zaia, invece, porterà a migliorare e uniformare i servizi ed i rispettivi costi in tutta la regione».

Bocciano Paternoster le consigliere regionali Giovanna Negro (Veneto del Fare) e Orietta Salemi (Pd), all'opposizione a palazzo Ferro Fini. «Il segretario della Lega Nord veronese ci spieghi perché il pdl di Zaia prevede a Venezia e Vicenza due aziende sanitarie a testa, nonostante in entrambe gli abitanti siano inferiori rispetto al Veronese, destinato ad avere un'unica Ulss. Verona presenta caratteristiche simili al territorio vicentino ed è meta di milioni di turisti nell'area Baldo-Garda, al pari, ad esempio, del litorale jesolano.

Le scelte sembrano riconducibili solo alla sfera politica». Sull'Ulss del lago, prosegue Salemi, «non mi sento di entrare nel merito: la riflessione spetta alla Conferenza dei sindaci della 22».

lo contesto il metodo e sposto l'astice: qui si tratta di garantire servizi efficienti. E nell'Ulss 22, che comprende anche il Garda, non c'è efficienza perché resta inattuata la riorganizzazione degli ospedali di Villafranca, Bussolengo, Isola della Scala e Caprino».

Valeria Zanetti

L'ARENA - 23 luglio 2016 - dalla Provincia

Ospedali Magalini e Orlandi. L'assessore mette in guardia

Riconoscere la vocazione turistica dell'ospedale Orlandi di Bussolengo, mettendo mano alle schede di dotazione ospedaliera. Mentre per il Magalini di Villafranca i lavori procedono, ma l'apertura sarà possibile solo a partire dalla primavera del 2017. Questo il quadro presentato ieri dall'assessore alla sanità, Luca Coletto, arrivato a Bussolengo, nella sede dell'Ulss 22, per illustrare lo stato di attuazione della programmazione sanitaria nell'Ovest veronese. Il momento è delicato.

In Conferenza dei sindaci proprio in settimana è stata approvata all'unanimità, presenti «29 amministratori su 37», precisa la presidente Graziella Manzato, la mozione presentata dal Comune di Nogarole Rocca che chiede un cronoprogramma certo per l'attuazione di quanto previsto dalle schede del 2013, sia a livello ospedaliero che di medicina territoriale. Nella stessa seduta è stato dato mandato anche all'esecutivo dei sindaci di elaborare

una proposta di sviluppo futuro dell'Orlandi. Infine da una quindicina di giorni si sta facendo strada l'ipotesi lanciata dal consigliere regionale Andrea Bassi, di un'Ulss del lago. Manzato apre l'incontro richiamando la Regione alle proprie responsabilità.

«Sia per l'ospedale di Bussolengo che per quello di Villafranca si sono investite o si stanno investendo risorse pubbliche importanti, ma abbiamo tutte situazioni sospese. Questo è il momento delle risposte». Gli fa eco Paola Boscaini, sindaco di Bussolengo, che ricorda a Coletto come la Conferenza abbia già votato negli scorsi anni una proposta di integrazione della dotazione di posti letto per l'Orlandi rispetto alle previsioni del 2013. «Consideriamo anche che l'ospedale serve un bacino turistico importante con oltre 12 milioni di presenze spalmate su sette mesi e la viabilità d'estate non è delle migliori», afferma. Il commissario straordinario dell'Ulss, Pietro Girardi, riconosce «l'importanza

di assicurare servizi ai turisti che portano indotto». È LA VOLTA di Coletto che vuole fare chiarezza. «Il pdl n. 23 sull'Azienda zero e il riordino delle Ulss, in discussione in Consiglio regionale, non riguarda le schede adottate. Ciò premesso, la programmazione si può modificare, per rispondere meglio alla vocazione turistica del territorio. Attenzione però ai limiti di spesa che ci vengono assegnati da Roma», ragiona l'assessore. Secondo il decreto legge Balduzzi, il territorio deve essere servito da un ospedale per acuti ogni 200 mila abitanti e la «22» ne ha 380 mila circa. «Sul territorio ci sono Peschiera, Negrar, Bussolengo e presto Villafranca: non siamo nei parametri.

E comunque», ammonisce Coletto rivolto all'esecutivo della Conferenza, «non appiattitevi sulla prospettiva dell'ospedale turistico sul modello di Jesolo, per il quale sono previsti meno posti letto e servizi rispetto a quanto dispongono le attuali schede per l'Orlandi». E aggiunge: «Sicuramente se il territorio si muoverà per chiedere un ospedale tarato anche sui bisogni dei visitatori occorrerà valutare».

SE LA PROPOSTA dovesse essere ritenuta perseguibile, serviranno comunque il vaglio della V commissione regionale e il benessere della Giunta. Un percorso che richiede tempo. Intanto si procede, lentamente, con il Magalini di Villafranca. «La consegna dei lavori, a collaudi ultimati, è prevista per fine anno», dice Girardi. «Poi ci sono 180 giorni di tempo per allestire la struttura e trasferire i reparti. Abbiamo già deliberato gli acquisiti del materiale. Cercheremo di rendere operativo l'ospedale anche prima dell'estate 2017», conclude.

Valeria Zanetti



L'ARENA - 26 luglio 2016 - dalla Provincia

«Non è vero, non è troppo tardi per creare l'Ulss gardesana»

«Tutti i sindaci del Benaco sono favorevoli all'idea di un'Ulss Gardesana, esprimendo però riserve sulla sua possibile realizzazione: temono sia tardi per correggere la rotta.

Li rassicuro: il progetto di legge numero 23 sull'Azienda Zero è ora in discussione in Consiglio regionale e c'è un emendamento ad hoc per costituire l'azienda sanitaria del Garda».

Parola del consigliere regionale tosiano, Andrea Bassi. «Le amministrazioni devono capire che è fondamentale dimostrare compattezza e sostenere la proposta», sottolinea. «Nei prossimi giorni li incontrerò, spiegherò il progetto nel dettaglio e le motivazioni che mi hanno indirizzato a formularlo. L'iniziativa è stata preceduta da contatti telefonici e i primi cittadini si sono dimostrati disponibili ad appoggiarla».

Bassi si chiede anche perché l'assessore regionale alla Sanità, Luca Coletto, contrario all'Ulss gardesana - con l'Or-

landi di Bussolengo come ospedale di riferimento - sostenga il pdl numero 23 che propone due Ulss in provincia di Venezia, una delle quali creata ad hoc per la riviera turistica: «O è sbagliata la proposta veneziana o è sbagliata quella veronese», sottolinea.

«Non si può neppure argomentare che l'azienda sanitaria gardesana sarebbe al servizio di poche centinaia di migliaia di abitanti, perché la sanità del luogo deve farsi carico dei bisogni degli oltre 12 milioni di presenze turistiche.

Il peso specifico di quest'area risulterà fortemente ridotto se i Comuni verranno inseriti in un'unica Ulss provinciale», precisa Bassi. «Senza correttivi assisteremo nel medio-lungo periodo ad una graduale ma inesorabile riduzione dei servizi, attraverso la soppressione degli uffici periferici (gli attuali distretti, ndr) e dei presidi ospedalieri, come lascia intendere Coletto quando accenna ai tagli richiesti dalla Balduzzi». Infine una

stoccata alla Conferenza dei sindaci. «Non ho portato la proposta dell'Ulss Gardesana all'attenzione dell'organismo dell'Ulss 22 perché questa nuova azienda sanitaria, sarebbe composta da 25 Comuni, non da 37 come la "22".

Sarebbe stato sbagliato chiedere ad alcuni enti di esprimersi su una proposta che non li riguarda. Ho quindi interessato con alcune lettere e presto con riunioni mirate», prosegue, «i sindaci dei territori dell'ipotetica Ulss.

Se la presidente Graziella Manzato, sindaco di Sommacampagna, preferisce che il suo Comune venga collocato nel calderone provinciale, fuori dall'Ulss del lago affronteremo la singolarità di questa scelta», conclude Bassi.

VA.ZA.

L'ARENA - 07 agosto 2016 - dalla Provincia

L'auto con il medico ora è in servizio

L'auto con il medico a bordo è arrivata al Centro sanitario polifunzionale (Csp) di Caprino. Come aveva assicurato il commissario dell'Ulss 22, dottor Pietro Girardi, al sindaco Paola Arduini.

Girardi, infatti, a fine luglio, aveva spiegato che il servizio era inserito nell'impegnativo Piano di riorganizzazione dell'emergenza territoriale dell'Ulss 22, per cui, data la sua necessità in un periodo di altissima concentrazione turistica, lo avrebbe stralciato per renderlo operativo al più presto: dal 1° agosto. La delibera 337 di Girardi è del 4 ago-

sto. Ha per oggetto «attivazione in via sperimentale del servizio di automedicazione presso il Csp di Caprino Veronese dal 5 agosto al 30 settembre». E dalle 20 di venerdì alle 16,30 di sabato ha già effettuato cinque interventi.

L'arrivo è stata annunciato in municipio dal sindaco Paola Arduini col capogruppo di minoranza Graziano Concarì che, in una assemblea sulla sanità, aveva consegnato ad Arduini un telo con nodi da sciogliere. Il primo simboleggiava la necessità dell'auto medica. Ora quel nodo non c'è più.

Ha detto Arduini: «L'automedica, che affianca la ambulanza con l'infermiere, è un servizio di emergenza territoriale, un progetto attuato in via sperimentale per ottimizzare la rete dei mezzi che garantiscono l'urgenza-emergenza sul territorio dell'Ulss 22, anche alla luce di quanto previsto dalla Regione. Permette di arrivare in tempi più rapidi in caso di necessità.

Ciò su chiamata del 118 poiché il servizio prevede l'accordo e la collaborazione della centrale operativa del Suem 118 competente. Tiene conto di schede



regionali, dati storici, percorribilità stradale, tempi di afferenza agli ospedali, dati relativi ai servizi delle varie ambulanze operanti in zona, flussi stagionali, impatto sul sistema della popolazione turistica sul lago».

Il servizio è stato affidato a tre associazioni: «In attesa che la Regione autorizzi il nuovo Piano della riorganizzazione dell'emergenza territoriale, il commissario dell'Ulss 22 ha deliberato di attivarlo, nel periodo indicato, 24 ore su 24, e che l'attività sarà svolta dall'associazione Croce Rossa Italiana-Comitato locale Bardolino Baldo Garda, associazione di pubblica assistenza Sos volontari Valeggio sul Mincio Onlus e Servizio operativo sanitario (Sos) Onlus di Sona.

Ne siamo lieti, anche se continueremo a valutare con l'Ulss 22 la riapertura del Punto di primo intervento (Ppi) previsto sulle schede regionali». Concarì ha precisato: «Anche noi teniamo alla

riapertura del Ppi. Siamo lieti che l'aiuto medico sia partita anche se sarebbe dovuta arrivare il 1° luglio. L'aspettativa è che sia operativa tutto l'anno».

Il sindaco: «La burocrazia ha tempi lunghi. Intanto abbiamo l'automedica operativa, per interessamento del commissario, prima del riassetto del Piano. Ringraziamo i volontari che lo porteranno avanti. A bordo c'è il medico garantito dall'Ulss 22 e l'autista fornito dalle associazioni». Dichiara Girardi: «Ne avevamo assicurato l'attivazione e nei minori tempi possibili.

Ora esprimiamo la nostra soddisfazione, consapevoli della necessità di dare una risposta alle esigenze primarie dei turisti e della cittadinanza. È un rafforzamento tramite un servizio di medicalizzazione dei trasporti urgenti che si affianca all'ambulanza infermierizzata, legato alla consapevolezza che lo sviluppo turistico è strettamente connesso alla presenza di adeguati servizi

sanitari, tutelando il territorio e confermando gli standard regionali quanto ai tempi di arrivo delle ambulanze in caso di emergenza».

E ancora: «Ringrazio le associazioni che hanno permesso l'attivazione: i volontari di Valeggio, di Sona e della Croce Rossa. Uno di quei nodi da sciogliere su quel telo degli impegni presi e mantenuti».

I nodi, come ha detto Roncarì, ci sono: «Attendiamo, ad esempio, che a Residenza sanitaria assistita autorizzata dalla Regione sia resa operativa all'Ipab Villa Spada e un aggiornamento sulla ristrutturazione del Csp». Il sindaco ha chiuso: «Su questo saremo vigili. Intanto il tema sanitario è stato affrontato nel Consiglio dell'Unione Montana con l'obiettivo di portare il problema del Csp all'attenzione della Conferenza dei sindaci dell'Ulss 22».

Barbara Bertasi

L'ARENA - 17 agosto 2016 - dalla Provincia

Magalini, si parte Tre Ulss insieme per gli acquisti

L'auto con il medico a bordo è arrivata al Tre centrali di committenza per bandire le gare finalizzate all'acquisto di attrezzature ed arredi per il Magalini di Villafranca. Non solo la 22 di Bussolengo, ma anche le Ulss 20 di Verona e 21 di Legnago si faranno carico delle procedure per comprare quanto serve ad attivare l'ospedale, la cui consegna da parte del commissario straordinario governativo, Antonio Canini, è prevista per fine anno.

L'iter – facilitato dal fatto che già ora le tre aziende sono guidate dal direttore generale della 20, Pietro Girardi, che è anche commissario straordinario della 21 e 22 – è stato formalmente avviato con una delibera di pochi giorni fa, la n.347 del 4 agosto, nella quale si stabilisce che gli economati delle tre Ulss collaboreranno per procurare il necessario all'allestimento della nuova struttura. Indispensabile il passaggio formale della «procura speciale», con la quale Girardi dà

incarico ai direttori del provveditorato delle aziende di Verona e di Legnago di supportare la 22 e stabilisce con elenchi distinti cosa debbano comprare le due aziende sanitarie.

«L'obiettivo è quello di riuscire ad avere in disponibilità nel più breve tempo possibile tutto quanto servirà all'apertura, per rendere operativa la struttura ospedaliera al più presto», spiega Pietro Girardi. «Stiamo lavorando in sinergia per velocizzare le procedure». Un po' come se l'Ulss unica veronese fosse già una realtà. «Su questo tema sarà il Consiglio regionale, alla ripresa dei lavori, a decidere in via definitiva. Su assetto delle Ulss ed attivazione dell'Azienda zero è stato fatto già un lungo percorso da parte di Palazzo Ferro Fini.

Anche la mia nomina di inizio anno a dg della 20 e commissario delle altre due Ulss va in questa direzione. Se però il progetto di legge non dovesse

essere licenziato, vorrà dire che abbiamo avviato collaborazioni e trasferito buone pratiche da un'azienda del Veronese all'altra», commenta Girardi.

Intanto la delibera, che ne aggiorna una precedente (n.246/2016), traccia anche le dimensioni della mole di gare e dell'impegno economico messo in campo per far partire il Magalini. Il tutto è stato messo nero su bianco il 16 giugno scorso in un incontro che si è svolto a Venezia tra il direttore generale dell'area sanità e sociale della Regione, Domenico Mantoan, con il commissario Antonio Canini, insieme ad altri dirigenti regionali e Girardi, accompagnato dai direttori amministrativo e sanitario dell'Ulss di Bussolengo, Mario Castagnini ed Antonio Ferro.

In quella sede Girardi ha comunicato che l'Ulss 22 aveva adottato una delibera con tre elenchi allegati. Il primo riguarda le attrezzature fisse per 968mila euro, coperte finanziaria-



mente (tra queste la tac a 16 strati già disponibile per l'installazione, ndr). Il secondo fa la lista delle attrezzature sanitarie necessarie, per 4 milioni e 672 mila euro. Nel terzo elenco si trova il fabbisogno di arredi, per un importo di 857 mila euro.

Complessivamente l'impegno di spesa ammonta a 6 milioni e 497 mila euro, anche se la nota degli acquisti – specifica la delibera – «può subire modi-

fiche o aggiornamenti nei quantitativi e nella tipologia alla luce di nuove valutazioni delle necessità sanitarie».

Nella riunione è emerso che solo le gare di importo superiore ai 200 mila euro più Iva saranno sottoposte all'approvazione del Crite, acronimo che sta per commissione regionale per l'investimento in tecnologia ed edilizia. Per quest'anno si procede con richieste di fornitura rivolte al mercato elettronico

della Pubblica amministrazione (previa adesione al Consip, Spa del ministero dell'Economia e Finanza) per 3 milioni e 450 mila euro, copertura che la 22 nel previsionale ha destinato al Magalini. Le Ulss 20 e 21 potranno indire gare fino a 2 milioni.

Valeria Zanetti

L'ARENA - 03 settembre 2016 - dalla Provincia

«Serve una doppia Ulss: la 21 non va sacrificata»

Sindaci sul piede di guerra per impedire l'accorpamento dell'Ulss 21 di Legnago nella nuova Azienda sanitaria scaligera. Per i primi cittadini dei 25 Comuni assistiti dall'Unità sanitaria di via Gianella, infatti, la riforma attualmente in discussione in Regione penalizzerà in maniera rilevante la pianura veronese. È quanto hanno formalizzato in una lettera indirizzata al governatore Luca Zaia, all'assessore alla Sanità del Veneto Luca Coletto, al presidente della Quinta commissione Sanità Fabrizio Boron ed ai consiglieri regionali veronesi.

La missiva è stata firmata congiuntamente da Clara Scapin, sindaco di Legnago e coordinatrice dell'esecutivo dei primi cittadini dell'Ulss 21, e da Paolo Marconcini, alla guida della Giunta di Cerea e presidente della Conferenza dei sindaci. «L'esecutivo», scrivono Scapin e Marconcini, «dopo questi mesi di gestione accentrata con commissariamento, vede con preoccupazione un appesantimento della funzionalità dei reparti ospedalieri e dei

servizi sul territorio. Questo risultato è prodotto sia dalla complessità nel gestire la sanità di un'area così ampia, che dalle esigenze e peculiarità legate ad una storia sanitaria e a caratteristiche specifiche per ogni realtà».

I referenti dei municipi della Bassa, quindi, paventano «per il sud della provincia i rischi di una lenta decadenza ed un inevitabile declino per mancanza di investimenti e risorse». Tutto ciò, «perché esistono, nel capoluogo di provincia un'azienda ospedaliera integrata che ha bisogno di continui investimenti per mantenersi competitiva, ed un nord caratterizzato da una forte presenza di privati in continua espansione».

La ricetta dei sindaci della pianura per non peggiorare la qualità dei servizi sanitari, dunque, è quella già espressa durante l'incontro svoltosi l'8 settembre del 2015 in Quinta commissione. «È necessaria», sostengono i sindaci, «una doppia Ulss nella provincia di Verona, con una sede a

Verona e l'altra nel Basso Veronese, per coprire in questo modo tutto il territorio, stabilendo un adeguato numero di abitanti e risorse conseguenti e certe».

Inoltre, evidenziano: «Nel progetto di riorganizzazione sanitaria i posti per acuti al Mater salutis sono già stati tagliati da tempo, mentre non c'è stata la contemporanea realizzazione di tutte le strutture intermedie come ospedali di comunità, hospice ed Aggregazioni funzionali territoriali (Aft)».

F.T.

L'ARENA - 09 settembre 2016 - dalla Provincia

«La Bassa ha bisogno di un'Ulss tutta per sé»

Creare un'unica Ulss della Bassa, che copra tutta la parte sud della provincia e comprenda i tre poli sanitari di Legnago, Villafranca e Bussolengo. È la proposta avanzata dai sindaci dei 25 Comuni assistiti dell'Ulss 21 ai consiglieri regionali di maggioranza e minoranza, impegnati in questi giorni a Venezia nella discussione del progetto di riforma sanitaria voluto dal governatore Luca Zaia.

Paolo Marconcini, sindaco di Cerea e presidente della Conferenza dei primi cittadini dell'Ulss 21, assieme alla collega di Legnago Clara Scapin, che guida l'esecutivo ristretto dei Comuni dello stesso territorio, ieri pomeriggio a Palazzo de' Stefani hanno illustrato il loro progetto per ampliare i confini attuali dell'Azienda sanitaria della pianura scaligera. Tutto ciò, con l'obiettivo di evitare che la parte meridionale della provincia confluisca nell'unica Ulss scaligera, così com'è previsto nei piani della Regione.

«Un criterio oggettivo per la riorganizzazione sanitaria sul territorio», hanno spiegato Marconcini e Scapin, «sarebbe quello di dividere l'area veronese, tra le più estese del Veneto, in due Unità sanitarie: quella a nord comprenderebbe la città di Verona con tutto ciò che è a settentrione dell'autostrada Serenissima, ovvero la Lessinia ed il lago di Garda; nella parte restante nascerebbe l'Azienda sanitaria della Pianura Veronese, che includerebbe i poli ospedalieri di San Bonifacio, Legnago e Villafranca».

Per Scapin: «Verona è già presieduta dall'Azienda ospedaliera integrata, il resto del territorio settentrionale ha pure importanti ospedali a gestione privata, come Negrar e Peschiera, oltre al polo pubblico di Bussolengo

e quello specializzato di Malcesine». Nella pianura, invece, secondo Marconcini: «L'Ulss manterebbe l'attuale configurazione integrata tra ospedale e territorio, che è una delle peculiarità che hanno contribuito a costituire l'eccellenza della Sanità veneta».

Scapin ha rimarcato: «Pensare ad un'unica Unità sanitaria locale con capofila Verona è assurdo, per questo nella nostra istanza abbiamo pensato che riunire sotto una sola direzione i poli di Villafranca. Legnago e San Bonifacio permetterebbe di coprire un territorio molto vasto, consentendo alle tre strutture di usufruire dei medesimi professionisti ed evitando disagi agli assistiti negli spostamenti».

Secondo il progetto dei sindaci della Bassa, dunque, la nuova Ulss conterebbe oltre 400mila abitanti, contro i 155mila dell'attuale Azienda sanitaria di via Gianella. «Con le risorse adeguate ad un bacino di popolazione

più ampio», ha sottolineato Scapin, «potremo lanciare anche la sfida alle strutture private visto che, numeri alla mano, ospedali come il Mater salutis di Legnago offrono già oggi risposte di qualità nelle cure».

«I cittadini», ha osservato Marconcini, «stanno cominciando a riflettere sul futuro della sanità Veneta. E nella Bassa c'è sempre stato un presidio costante del territorio, soprattutto per i servizi sociosanitari. Ricordiamo, inoltre, che il comprensorio ha già dato tanto in passato per la perdita, nel corso degli anni, di importanti centri come San Giovanni Lupatoto e Cologna, passati all'Ulss di Verona».

«Ci ha fatto piacere», conclude Scapin, «che qualche consigliere regionale, come il leghista Alessandro Montagnoli, abbia illustrato la nostra proposta in Consiglio regionale».

Fabio Tomelleri



Il mondo del lavoro, come orientarsi sulle scelte da fare



Scegliere un percorso di studio è un passo impegnativo: supportare chi è ancora indeciso sul proprio futuro professionale, chi ha bisogno di informazioni per confermare o meno la sua scelta, è quindi molto importante.

NON È UN PROBLEMA DI INFORMAZIONE

Oggi, grazie a internet, è facile accedere a informazioni riguardanti i percorsi di studio (dove e cosa studiare, ecc.). Tuttavia, un quinto dei giovani che si iscrive all'Università si ritira dopo il primo anno, probabilmente a causa di un orientamento approssimativo.

Il termine "orientamento" comprende attività diverse per tecniche, metodologie e finalità. La letteratura scientifica distingue l'orientamento cosiddetto "formativo" da quello "informativo".

L'orientamento formativo comprende tutte quelle attività svolte da psicologi che aiutano il singolo a risolvere i problemi facendo leva sulle attitudini personali per compiere la giusta scelta.

L'orientamento informativo, invece, corrisponde a un'attività basata sull'offerta di informazioni e conoscenze. La differenza tra un'attività di orientamento e la semplice offerta di informazioni è che l'orientatore si propone di interpretare la domanda che riceve e di contestualizzare la risposta. A effettuare l'orientamento universitario, nello specifico, sono uffici degli Atenei dedicati che offrono diversi materiali informativi relativi ai corsi e ai servizi.

ORIENTAMENTO UNIVERSITARIO A VERONA, CONOSCERE LE PROFESSIONI SANITARIE

L'ufficio di orientamento agli studi dell'Università di Verona organizza giornate di presentazione dei corsi di studio (Open Day, Open week), visite guidate alle strutture didattiche, incontri di orientamento presso le scuole su-

periori, corsi di preparazione ai test e counselling di ingresso per coloro che fanno richiesta.

Per far conoscere la realtà universitaria territoriale e rispondere all'interesse per le professioni del settore sanitario, il Corso di Laurea in Infermieristica di Legnago, polo didattico dell'Università degli Studi di Verona, ha progettato una serie di iniziative di studio-lavoro per gli studenti di alcune scuole superiori.

IL PROGETTO

A partire dall'a.a. 2010/11, un gruppo di studenti del Liceo Statale "Giovanni Cotta", indirizzo socio-sanitario, organizzato in piccole unità giornaliere secondo date concordate, ha avuto la possibilità di assistere alle lezioni del Corso di Laurea in Infermieristica e di svolgere degli stage osservativi presso

di Morena Tollini¹

¹ Coordinatrice Corso di Laurea in Infermieristica, sede di Legnago

Corrispondenza:
morena.tollini@univr.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., Sponton 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=serviziocool&idDest=3&serv=71> ultima consultazione 15 luglio 2016



alcune U.O. dell'ospedale Mater Salutis di Legnago. Dall'a.a. 2012/13 anche gli studenti del corso di Biotecnologie Sanitarie dell'Istituto D'Istruzione Superiore "G.Silva-M.Ricci" hanno avuto modo di aderire a questa esperienza. La scelta di far seguire specifiche discipline tecnico-sanitarie è stata dettata dall'intento di:

- far comprendere il livello di approfondimento degli argomenti atteso;
- allineare eventuali contenuti dei programmi scolastici in vista del loro successivo ampliamento in sede universitaria;
- favorire il superamento del test d'accesso, essendo il CdL di Infermieristica

ad accesso programmato.

Il progetto, riproposto per più anni di seguito è stato ampliato, con l'inserimento di discipline non solo strettamente tecnico-sanitarie (igiene, microbiologia ecc.) ma anche politico-sociali (sociologia, diritto e sicurezza sul lavoro).

Il CdL in Infermieristica è professionalizzante, per questo si ritiene importante valorizzare anche l'aspetto normativo e sociologico dell'infermiere.

Attenzione specifica merita l'insegnamento dell'inglese, gli articoli delle riviste scientifiche internazionali sono scritti

in lingua inglese pertanto, la conoscenza della terminologia inglese specifica è di fondamentale importanza per poterli interpretare e utilizzare nella pratica clinica.

QUALCHE DATO

Come descritto nella Tabella 1, nell'aa 2015/16 molti studenti hanno fatto la scelta di partecipare con continuità a alcune discipline, anziché aderire a spot a più insegnamenti, per apprendere contenuti utili anche al superamento del test d'ingresso per le professioni sanitarie (saperi minimi).

Tabella 1 - SINTESI DELLE DISCIPLINE A CUI HANNO PARTECIPATO GLI STUDENTI DELLE DUE SCUOLE SECONDARIE DI SECONDO GRADO DEL TERRITORIO.

AA 2010/11		AA 2011/12		AA 2012/13		AA 2013/14		AA 2014/15		AA 2015/16	
Lezioni	N° Stud.	Lezioni	N° Stud.	Lezioni	N° Stud.	Lezioni	N° Stud.	Lezioni	N° Stud.	Lezioni	N° Stud.
Igiene e problemi prioritari di salute	24	Igiene e problemi prioritari di salute	19	Igiene e problemi prioritari di salute	15	Igiene e problemi prioritari di salute	12	Igiene e problemi prioritari di salute	18	Igiene e problemi prioritari di salute	13
Microbiologia	24	Microbiologia	20	Microbiologia	8	Microbiologia	7	Microbiologia	7	Microbiologia	3
Inglese	10	Inglese	16	Inglese	4	Inglese	8	Inglese	19	/	
Infermieristica cl.	24	/		/		Infermieristica cl.	7	Infermieristica cl.	4	/	
		Biochimica	11	Biochimica	12	Biochimica	8	Biochimica	8	Biochimica	20
		Biologia	16	Biologia	14	Biologia	8	Biologia	8	Biologia	35
		Fisiologia	21	/		/		/		Fisiologia	2
				Anatomia	13	Anatomia	24	Anatomia	24	Anatomia	2
				Diritto del lavoro	20	Diritto del lavoro	6	Diritto del lavoro	6	/	
				Sicurezza nel lavoro	16	Sicurezza nel lavoro	9	Sicurezza nel lavoro	9	/	
				Sociologia	8	Sociologia	11	Sociologia	11	/	
						Fisiopatologia	2	Fisiopatologia	9	/	
								Patologia generale	4	Patologia generale	7
Totale	82	103		110		102		127		82	

Per quanto riguarda lo stage osservativo, sono stati selezionati alcuni contesti clinici con l'intento di far conoscere le "competenze agite" dai diversi professionisti della salute, in particolar modo l'infermiere. Gli studenti, dopo una presentazione dei reparti, sono stati affiancati a infermieri per osservare le dinamiche dell'ambiente. La durata dell'esperienza, effettuata nei periodi di minor presenza degli studenti infermieri, è stata di 4 giorni.

Con l'aumentare degli studenti ai quali è stata offerta la possibilità degli stage osservativi, sono state coinvolte più unità operative dell'Ospedale Mater Salutis di Legnago. Le stesse sono state scelte con lo scopo di non essere emotivamente d'impatto per il ragazzo, ma anche per offrirgli una mappatura completa delle competenze previste dall'infermiere.

PER CONCLUDERE

Questa iniziativa è stata soddisfacente sia per l'interesse dimostrato sia per la proficuità degli incontri.

Durante i de-briefing di fine giornata condotti dal tutor universitario, sono emerse riflessioni rispetto all'importanza del lavoro in equipe, all'approccio utile ad instaurare e mantenere una relazione con la persona, alle competenze clinico-assistenziali e educative dell'infermiere e di altri professionisti, richieste per soddisfare i bisogni dell'utente (Tabella 2).



Tabella 2 - **SINTESI DELLE UO FREQUENTATE DAGLI STUDENTI DELLE SCUOLE SECONDARIE SUPERIORI DI SECONDO GRADO DEL TERRITORIO.**

Anno Accademico	N° Studenti	Unità Operative/Servizi frequentati	Durata stage osservativo
2010/11	12	Day Surgery Multidisciplinare, Rieducazione Recupero funzionale	4 giorni
2011/12	5	Cardiologia, Day Surgery Multidisciplinare, Rieducazione Recupero funzionale	
2012/13	8	Cardiologia, Centro Antidiabetico, Day Surgery Multidisciplinare, Rieducazione Recupero funzionale	
2013/14	10	Cardiologia, Centro Antidiabetico, Day Surgery Multidisciplinare, Rieducazione Recupero funzionale	
2014/15	22	Cardiologia, Centro Antidiabetico, Day Surgery Multidisciplinare, Rieducazione Recupero funzionale	
2015/16	28	Cardiologia, Centro Antidiabetico, Day Surgery Multidisciplinare, Rieducazione Recupero funzionale	

Integrazione ospedale territorio: il PDTA e il modello di cura integrato del paziente diabetico nell'ULSS 20 di Verona - Ospedale "G. Fracastoro" di San Bonifacio

di Daniela Origano¹, Esterina Molinaro², Assunta Lunardi³, Claudio Capra⁴, Marcella Piras⁵

¹ Coordinatrice Infermieristica UOC Medicina e Dip. Internistico

^{2,3} Infermiere Centro Diabetologico

⁴ Direttore medico UOC Medicina e Centro Diabetologico

⁵ Dietista

Corrispondenza:

cadsanbonifacio@ulss20.verona.it

Una presa in carico mirata e una gestione efficace della persona diabetica, non possono prescindere da un approccio multidisciplinare e da un coordinamento trasversale tra strutture ospedaliere e distretti. Le ragioni? Una tra tante, la complessità clinica.

INTEGRAZIONE, CONTINUITÀ ASSISTENZIALE, EMPOWERMENT, LE PAROLE CHIAVE

I dati raccolti dal SER (Sistema Epidemiologico Regionale) Veneto nel 2013 evidenziano una prevalenza del diabete pari al 5% (4,9% a Verona) e tra le aree prioritarie di intervento le seguenti:

- prevenzione primaria (screening opportunistico);
- assistenza sanitaria primaria nei residenti stranieri diabetici.

Da qui, quindi la necessità di organizzare programmi integrati per favorire una continuità assistenziale tra ospedale e territorio basati su un modello educativo che da tempo ha superato l'approccio prescrittivo e in cui il focus è il cambiamento dello stile di vita e la promozione dell'empowerment della

persona affetta da diabete nell'autogestione della malattia e nell'acquisizione di competenze e abilità personali.

IL CENTRO ANTIDIABETICO (CAD) DELL'OSPEDALE FRACASTORO DI SAN BONIFACIO: DALLE PAROLE AI FATTI

Da anni il CAD vede la collaborazione di più figure all'interno del team diabetologico. Tra tutte, nello specifico, il personale infermieristico pianifica l'intervento preventivo distinto nelle seguenti aree principali:

1. **Dimissione protetta:** (Appendice 1) pazienti in post-ricovero che accedono al servizio con percorso di dimissione protetta, attività giornaliera programmata con il reparto con il seguente Kit dimissioni:
 - autosomministrazione insulina;
 - automonitoraggio glicemia;
 - gestione ipo e iperglicemie;
 - indicazioni nutrizionali generali;
 - materiali educazionali differenziati in base ad età e grado di istruzione;
 - fornitura di materiale e device.
2. **Agenda CAD settimanale per prevenzione piede diabetico** (pazienti con prima diagnosi e pazienti noti già seguiti dal centro):
 - per i pazienti noti (a cadenza annuale) e per tutti i pazienti che accedono come prima visita si eseguono le seguenti procedure:
 - l'ispezione dei piedi con compilazione del modulo con criteri di valutazione;
 - il test con ABI system, strumento per la determinazione non invasiva dell'Indice Cavi-





glia-Braccio e della Velocità dell'Onda Sfigmica che coniuga la rilevazione dell'ABI, ottenuta in pochi secondi mediante la misura simultanea della pressione arteriosa agli arti inferiori e superiori, con la PWV, che è un importante indicatore dello stato di salute e di elasticità delle arterie. Il test è Ideale sia per lo screening che per la diagnosi di patologie quali arteriopatie degli arti inferiori e, come indicatore del rischio per eventi cardiovascolari (infarto del miocardio, angina pectoris, ictus, ischemia critica). Grazie a questo recente sviluppo, con un unico strumento dal costo contenuto è possibile la determinazione di questi 2 parametri in modo semplice e in pochi istanti;

- il test di valutazione di neuropatia con biotensiometro (misura la sensibilità vibratoria, applicato in corrispondenza di zona ossea: falange distale, primo dito e malleolo. Se la vibrazione è assente o avvertita sopra la soglia di 25 volt, vi è un aumento del rischio ulcerativo) e monofilamento di Semmes- Weinstein (valuta la sensibilità pressoria, viene appoggiato perpendicolarmente sulla superficie cutanea in alcuni punti del pie-

de. È predittivo di comparsa di ulcerazioni se non è avvertito in 5 punti su 9 o 3 su 6;

- la consegna delle norme educazionali di prevenzione piede diabetico;

- organizzazione di gruppi di educazione terapeutica:

- il venerdì mattina 8.30 - 11.00 i gruppi rivolti ai pazienti diabetici condotti a rotazione dalle figure professionali inserite all'interno del team diabetologico (Medico Diabetologo, Infermiere, Psicologo, Dietista).

La proposta formativa, la cui finalità è il miglioramento dello stile e della qualità di vita, si articola in 4 incontri di circa 1h con gruppi di circa 10 pazienti CAD.

Le varie figure del team approfondiscono alcune tra le principali tematiche collegate al diabete, la prevenzione e la gestione. Il Medico Diabetologo presenta gli aspetti clinici diabetici con relative complicanze a medio e lungo termine. Gli Infermieri elaborano l'addestramento all'automonitoraggio e autocontrollo glicemico e la prevenzione piede diabetico. Lo Psicologo fornisce gli strumenti per aumentare la motivazione al cambia-

mento e la consapevolezza della malattia diabetica. Il Dietista identifica le strategie da mettere in atto per raggiungere degli obiettivi nutrizionali e di esercizio fisico favorendo la condivisione di esperienze personali, la risoluzione di dubbi e la gestione di situazioni critiche che si presentano nella realtà quotidiana. Scopo del Gruppo non è solo di rinforzare la consapevolezza di cura del diabete, ma anche sviluppare tra i partecipanti uno stimolo positivo tramite la condivisione delle singole esperienze e dei risultati di ognuno (educazione tra pari).

3. Progetti di formazione:

- programmazione annuale della formazione, per quanto riguarda il 2016 sono previsti due appuntamenti di formazione rivolti a operatori sanitari coinvolti nella gestione e trattamento del paziente diabetico a livello territoriale (Appendice 2). I percorsi formativi sono realizzati in collaborazione con le figure del team diabetologico e sono finalizzati a promuovere una presa in carico mirata e efficace dei pazienti noti DMT2 con assenza di complicanze. I contenuti e le metodologie d'intervento vengono definiti in base agli obiettivi formativi, al target e ai criteri di valutazione.



AZIENDA ULSS 20 DI VERONA – O.C. G. FRACASTORO – SAN BONIFACIO

VIA CIRCONVALLAZIONE 37047 SAN BONIFACIO VERONA

DIPARTIMENTO MEDICO INTERNISTICO

U.O.C. DI MEDICINA INTERNA E CENTRO DIABETOLOGICO

Direttore dott. Claudio Capra



PDTA DIMISSIONE PROTETTA DEL PAZIENTE DIABETICO

PREMESSA: Ogni paziente ricoverato con diabete scompensato che necessita di accedere al presente PDTA deve ricevere una prima consulenza diabetologica il più precocemente possibile

TIPOLOGIA CASO CLINICO

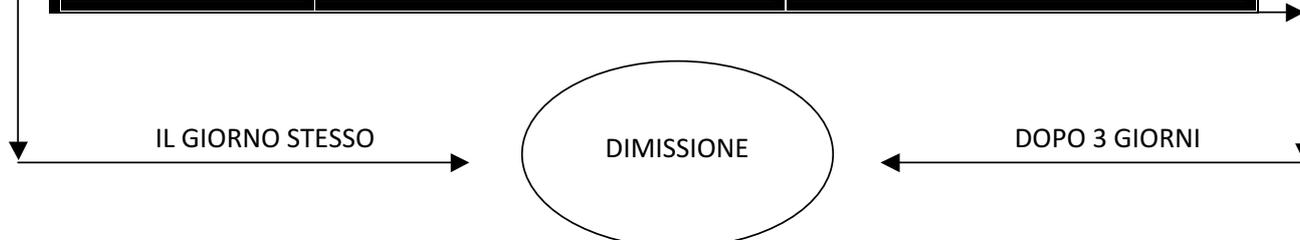
1. Diabetico già noto e seguito al CD in terapia cronica invariata alla dimissione con Antidiabetici orali e/o Insulina sc:

TEMPISTICA	AZIONE DELL'UO CHE DIMETTE	AZIONE DEL CD
GIORNO DIMISSIONE	1. AVVISARE IL CD Tel.:8506 dalle h 12 alle h 15 2. INVIARE IL PZ AL CD CON SCHEDA TERAPIA E MONITORAGGIO STICKS GLICEMICI	<ul style="list-style-type: none"> PROGRAMMARE CONTROLLO



2. Diabetico non noto al CD o di prima diagnosi in terapia con ipoglicemizzanti orali e/o insulina che sia già stato valutato dal diabetologo con precedente consulenza interna
3. Diabetico già noto al CD o già valutato dal diabetologo in consulenza con necessità di modifica della terapia o in terapia insulinica per la prima volta

TEMPISTICA	AZIONE DELL'UO CHE DIMETTE	AZIONE DEL CD
3 (TRE) GIORNI PRIMA DELLA DIMISSIONE	CHIEDERE APPUNTAMENTO AL CD Tel.:8506 dalle h 12 alle h 15 INVIARE IL PZ AL CD CON: 1. RICHIESTA per consulenza diabetologica 2. RICHIESTA per terapia educativa Infermiere 3. TERMOGRAFICA terapia	<ul style="list-style-type: none"> CONTROLLO TERAPIA FORNIRE GLUCOREFLETTOMETRO COMPILAZIONE PIANO PRESIDII WEB-CARE* ADDESTRAMENTO/EDUCAZIONE PROGRAMMARE CONTROLLO



* NB: la richiesta di piano presidi in web-care necessita sempre di una completa rivalutazione da parte del diabetologo della terapia e delle condizioni cliniche del paziente

Il Direttore
dott. Claudio Capra



AZIENDA ULSS 20 DI VERONA – O.C. G. FRACASTORO – SAN
BONIFACIO

VIA CIRCONVALLAZIONE 37047 SAN BONIFACIO VERONA

DIPARTIMENTO MEDICO INTERNISTICO

U.O.C. DI MEDICINA INTERNA

UOS AGGREGATE DI NEUROLOGIA – ONCOLOGIA E CENTRO DIABETOLOGICO

Direttore dott. Claudio Capra



CORSO DI FORMAZIONE PER INFERMIERI DEL TERRITORIO "IL PAZIENTE DIABETICO"

PREMESSA

La gestione delle numerose informazioni ed eventi che il paziente diabetico si trova ad affrontare nel corso della quotidianità della malattia diabetica rappresenta un elemento sempre fondamentale per il controllo quanto più completo ed efficace dell'evoluzione della patologia.

Il riconoscimento di episodi di ipoglicemia e la corretta gestione degli stessi, la corretta esecuzione e l'idonea tempistica dell'autocontrollo glicemico, l'assunzione della terapia, l'ispezione accurata del piede e ancora altri momenti nella vita del paziente diabetico concorrono tutti a migliorare o viceversa a peggiorare l'outcome della malattia, spesso vanificando gli effetti delle terapie.

Il PIEDE DIABETICO rappresenta una complicanza estremamente grave per il paziente diabetico rappresentando la prima causa in Italia di amputazione non traumatica di un arto, con conseguenze gravissime per la qualità di vita del paziente e con costi sociali ed economici enormi per la Comunità.

Il riconoscimento precoce dei primi segni di piede diabetico rappresenta perciò una fase essenziale nella gestione della malattia diabetica. La diagnosi precoce di piede diabetico necessita di uno sforzo economicamente non rilevante e di gran lunga inferiore rispetto ai costi della patologia conclamata, ma soprattutto è attualmente essenziale una maggiore sensibilizzazione al problema e una maggiore disponibilità temporale ad occuparsene.

La possibilità che gli Infermieri del Territorio e si auspica anche delle Sedi Distrettuali siano formati a eseguire dei semplici e rapidi test di verifica rappresenta un progresso sicuramente più efficace per dare al medico stesso corretti strumenti per facilitare una diagnosi spesso formulata con grave ritardo.

PLANNING DEL CORSO

Il Corso si compone di 2 incontri di formazione riservato a circa 20 Infermieri:

1. Nel primo incontro si forniscono conoscenze sulla patologia diabetica e sulle complicanze, centrando in particolare gli aspetti fisiopatologici e eziopatogenetici del diabete e del piede diabetico. Si illustra inoltre l'educazione igienico-sanitaria per il paziente, gli elementi di una dieta corretta e l'uso corretto del riflettometro.

Al termine tavolo rotonda con i partecipanti per approfondire singoli argomenti

2. Nel secondo incontro si illustrano gli strumenti per eseguire il test diagnostico con riferimento e illustrazione in particolare del Test DNI: Diabetic Neuropathy INDEX. Si eseguono alcune simulazioni pratiche su soggetti volontari con spiegazione delle varie fasi del test e dello score di valutazione dello stesso.

I partecipanti saranno coinvolti individualmente in modo interattivo per la verifica del grado di apprendimento.

Saranno eseguite delle simulazioni del test su soggetti volontari.

Al termine tavola rotonda con i partecipanti per approfondire eventuali problemi e quesiti ulteriori.

PROGRAMMA

1^ GIORNATA: h 14:30-17:30

TARGET: Infermieri

RELATORI: Medico, Infermiere, Dietista

ARGOMENTI: Il diabete e le sue complicanze

- Cenni epidemiologici
- Fisiopatologia
- Eziopatogenesi
- Evoluzione clinica
- Cenni di terapia
- L'assunzione della terapia (quando, come)
- Elementi di educazione igienico-sanitaria per i pazienti
- Il diario alimentare
- L'automonitoraggio glicemico (quando, come)
- L'ipoglicemia (sintomatologia e gestione)
- Tavola rotonda interattiva

2^ GIORNATA: h 14:30-17:30

TARGET: Infermieri

RELATORI: Medico, Infermiere

ARGOMENTI: Il piede diabetico

- L'ispezione del piede
- Gli strumenti per la rilevazione dei segni clinici del piede diabetico
- Il monofilamento e il test per la sensibilità pressoria
- Il diapason e il test per la sensibilità vibratoria
- Il batuffolo di ovatta e il test per la sensibilità tattile
- Il Diabetic Neuropathy INDEX: descrizione e compilazione dello score di valutazione
- Rilevazione dei primi segni di insufficienza circolatorio del piede
- Simulazione di casi clinici
- Prove pratiche interattive di valutazione dell'apprendimento con simulazione su volontari
- Descrizione della compilazione del modulo di refertazione del test da inviare al medico

Test finale di valutazione dell'apprendimento.

Chiusura del Corso

Ogni incontro avrà la durata di 3 ore: 14:30-17:30

DATE INDICATIVE DI SVOLGIMENTO

29 agosto e 06 settembre 2016 presso Aula 1 OC Fracastoro

Si richiede l'accreditamento ECM per Infermieri

SSN, limitazioni lavorative e Inidoneità: un fenomeno dalle proporzioni preoccupanti



Invecchiamento degli organici, un dato di fatto, limitazioni lavorative e inidoneità una inevitabile conseguenza: un dipendente su dieci non è idoneo e ha limitazioni lavorative. Importante l'impatto sull'organizzazione del lavoro, sull'assistenza e difficile la quadra da fare tra funzionalità dei servizi, tutela del lavoratore e contenimento dei costi.

LE LIMITAZIONI ALLA MANSIONE: UN TEMA DA AFFRONTARE

È sempre più rilevante e quanto mai significativo il condizionamento all'organizzazione del lavoro rappresentato dalle limitazioni alla mansione.

Lo sottolineano bene gli esperti dell'Università Bocconi di Milano: non si tratta solo di dover tutelare il lavoratore, garantire la continuità e l'efficienza dei servizi e contenere la spesa pubblica ma anche di considerare le ripercussioni sulla sicurezza delle persone assistite e sull'assistenza.

Di fatto, continuano, le modalità usate tradizionalmente per gestire i casi di inidoneità quali ad esempio, la ricollocazione del personale sanitario nelle segreterie delle unità operative, in uffici amministrativi, i trasferimenti dall'ospedale al territorio o i pensionamenti anticipati, non possono più essere ritenute opzioni adottabili sistematicamente.

E, anche il medico competente (MC), frequentemente ritenuto dall'organizzazione un vincolo piuttosto che una risorsa, deve vedere riconosciuta la sua specificità e, evidentemente un differente ruolo nella questione.

LIMITAZIONI LAVORATIVE E INIDONEITÀ VISTE DA VICINO: LA RICERCA CER GAS BOCCONI

"Le inidoneità e le limitazioni lavorative del personale SSN. Dimensioni del fenomeno e proposte", questo il titolo del lavoro, il primo a produrre dati su un campione di aziende a livello nazionale utilizzando una modalità "pensata" da tutti coloro che nella questione

hanno un ruolo chiave: datori di lavoro, medici competenti e organizzazioni sindacali. Numerosi, infatti sono stati i partners rappresentanti di ANMA (Associazione Nazionale Medici d'Azienda), FIASO (Federazione Italiana Aziende Sanitarie e Ospedaliere), IPASVI, SIMLII (Società Italiana di Medicina del Lavoro e Igiene Industriale). La ricerca, finanziata da AUSL della Valle d'Aosta, CISL, Nursind, Regione Basilicata, Regione Umbria e Regione Veneto, è iniziata nel 2014 e ha visto concludere la sua prima fase nel dicembre 2015.

Preziosi i dati prodotti con l'analisi quantitativa e qualitativa effettuata perché, come emerge dalla sintesi dei risultati della ricerca presentata il 23 maggio a Mestre nel corso del conve-

a cura della REDAZIONE





gno "Le inidoneità e le limitazioni del personale del SSN. Analisi del fenomeno e interventi organizzativi in Regione Veneto, permettono di fare il punto su:

- le limitazioni lavorative distribuite per tipologia: limiti alla movimentazione manuale dei carichi, esenzione dai turni notturni;
- gli operatori più coinvolti e da quali limitazioni lavorative;
- il numero dei lavoratori ai quali è stata riconosciuta una inidoneità parziale o una inidoneità lavorativa;
- la correlazione tra presenza di limitazioni lavorative e invecchiamento degli organici;
- le differenze tra le aziende sanitarie di diverse regioni.

Questioni dunque di notevole rilievo per la politica sanitaria e per il management all'interno delle aziende.

In totale sono stati 137.422 i dipendenti coinvolti appartenenti a 49 Aziende sanitarie pubbliche (33 Aziende Sanitarie Locali, 14 Aziende Ospedaliere e 2 Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico).

IN SINTESI, QUALCHE DATO PER ENTRARE NEL MERITO

I numeri delle inidoneità

L'incidenza delle inidoneità è pari all'11,8% (valore medio nelle 49 Aziende analizzate) di tutti gli organici, complessivamente 16.266 persone con limitazioni lavorative.

Tra le inidoneità registrate si evidenzia come significativamente il numero di quelle parziali sia permanenti che temporanee. Queste ultime, in particolare, sono pari a un percentuale del 7,8%. Molto bassa la percentuale delle inidoneità totali che si attesta allo 0,4%.

Le tipologie di limitazione

A prevalere sono le limitazioni relative alla movimentazione manuale dei carichi (MMC), 49,5%. A seguire ci sono le limitazioni riferite alle posture (12,6%) e quelle relative al lavoro notturno e alle reperibilità (12%). Le limitazioni riferite all'esposizione ai videoterminali, al rischio biologico, al contatto con i pazienti, all'impossibilità ad operare in specifici reparti o svolgere particolari azioni ecc., ricomprese nella categoria "Altre", sono pari all'11,4%. Sono, invece, il 5,4% le limitazioni correlate all'esposizione ad agenti di rischio chimico o a allergie, il 4,9% quelle relative all'effettuazione di turni non notturni e, infine, il 4,1% quelle riconducibili a burn-out, stress o di natura psichiatrica.

La distribuzione per genere e età

Le limitazioni sono più frequenti tra le donne (79,6%), solo per una percentuale del 20,4% riguardano gli uomini. Questa elevata prevalenza, secondo i ricercatori, trova ragione d'essere nell'alta femminilizzazione di alcuni profili professionali (OSS, figure di supporto assistenziale) caratterizzati da alta prevalenza di limitazioni di natura muscolo-scheletrica, in particolare.

Le inidoneità aumentano in modo significativo con l'aumentare dell'età: meno del 4% nella fascia di età compresa tra 25 e 29 anni, 24% nella fascia di età compresa tra 60 e 64 anni con un picco del 31,8% per le lavoratrici tra i 60 e 64 anni.

Le categorie più colpite

Il personale del ruolo sanitario o tecnico di area sanitaria con mansioni operative e/o di tipo socio-assistenziale (ausi-

liari specializzati, OSS, OTA) è quello con maggiori limitazioni: il 24,1% ne ha una o più.

Significative anche le limitazioni delle professioni sanitarie infermieristiche e ostetriche (15,1%) e del personale del ruolo tecnico (13,4%).

Tra i dirigenti del ruolo sanitario, amministrativo e tecnico, solo il 4,8% risulta parzialmente o totalmente inidoneo. I meno colpiti dalle limitazioni sono, invece, gli assistenti religiosi, i collaboratori professionali, amministrativi e tecnici.

La gestione delle inidoneità e delle limitazioni lavorative

Nella maggior parte dei casi le soluzioni per la gestione della limitazione del dipendente sono state trovate all'interno della stessa unità operativa (es: modifica del piano di lavoro, acquisizione di ausili, presenza di altri operatori a supporto ecc.) o, laddove è stato effettuato il trasferimento lo stesso è avvenuto in contesti operativi della stessa area ma con rischi inferiori.

Una parte dei dipendenti con limitazioni è stata invece spostata da un'area all'altra nel corso del tempo: il trasferimento è avvenuto per il 60% dei dipendenti con limitazioni operativi nell'area dell'emergenza (118) e per il 28,6% di quelli operativi nell'area ospedaliera di degenza. Significativamente aumentate sono, invece, le persone impiegate nelle attività territoriali (36,6%) e nei servizi (22,7%).

Significative sono state comunque le differenze di gestione delle limitazioni tra un'azienda e l'altra.

INIDONEITÀ E LIMITAZIONI LAVORATIVE, CHE FARE: I SUGGERIMENTI DEGLI ESPERTI

I risultati della ricerca CERGAS Boccioni hanno permesso di definire alcuni ambiti sui cui focalizzare attenzione e interventi al fine di migliorare la gestione di questo fenomeno per tutelare la salute dei lavoratori e la qualità dell'assistenza. Quattro sostanzialmente le direttrici di policy e di management proposte dai ricercatori:

1. Introdurre sistemi di rilevazione di informazioni codificate e fruibili.

È fondamentale:

- *Condividere una tassonomia di riferimento per le limitazioni:* ad oggi non è disponibile una tassonomia condivisa e capace di favorire analisi e confronti interaziendali e di semplificare la gestione aziendale;
- *Introdurre sistemi informativi aziendali per la gestione della sorveglianza sanitaria:* ancora molte sono risultate le aziende in cui la sorveglianza sanitaria

si basa su materiale cartaceo o su informazioni raccolte su file di lavoro (word, excel ecc.) secondo la discrezionalità di singoli operatori o uffici;

- *Istituire flussi informativi a beneficio delle Regioni:* gli attuali flussi informativi sulla sorveglianza sanitaria non sono sufficienti a garantire analisi precise e sistematiche e conseguentemente a supportare decisioni di policymaking e interventi di management;

2. Sviluppare le competenze attraverso communities of practice.

È stata registrata una significativa variabilità delle prassi professionali e gestionali relativamente alla questione delle inidoneità lavorative da qui, la necessità di promuovere meccanismi di coordinamento sovra-aziendale, regionale tra MC per garantire attraverso le communities of practice lo scambio di esperienze, la condivisione di sistemi e strumenti professionali, la condivisione di casi complessi, la verifica delle differenze nelle dotazioni organiche;

3. Rinnovare e rafforzare il ruolo dell'azienda nella gestione delle limitazioni:

- Sviluppando reti di specialisti di riferimento sulle patologie occupazionali ad alta incidenza;
- Definendo e diffondendo protocolli e altri strumenti operativi per la gestione della sorveglianza sanitaria;
- Favorendo il coinvolgimento del MC nella gestione delle limitazioni;
- Sviluppando sistemi aziendali di supporto psicologico per la gestione dello stress o del disagio organizzativo;
- Coinvolgere maggiormente i Rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza nei sopralluoghi sui posti di lavoro;
- Definire politiche e regole di gestione del personale che si basino esplicitamente sulla gestione dell'età;
- Definire bandi di concorso che permettano di reclutare le figure di cui realmente c'è bisogno in azienda;
- Garantire dotazioni di MC e di personale di supporto adeguate.

4. Rivedere le relazioni interistituzionali e le regole di sistema:

- Chiarendo le competenze distinte delle diverse commissioni medico-legali previste dalla normativa;
- Allineando i criteri e i giudizi di MC e organo di vigilanza (ex articolo 41 D.Lgs. 81/2008);
- Introducendo soluzioni (anche di CCNL) per ricorrere con maggiore facilità al cambio di qualifica;
- Riducendo i possibili comportamenti di medicina difensiva da parte dei MC.

Le misure proposte, secondo i ricercatori, potrebbero concorrere a ridurre le grandi e non comprensibili differenze di gestione tra le aziende oltre che a tutelare la funzionalità delle stesse e conseguentemente del sistema sanitario pubblico.



NOI E GLI ALTRI

Luisa Saiani Professore Ordinario a Verona

a cura della REDAZIONE



Un traguardo prestigioso quello raggiunto da Luisa Saiani: nata ad Ala e residente a Trento, dopo la maturità magistrale ha proseguito gli studi a Trento dove ha studiato infermieristica e successivamente a Bolzano dove ha acquisito il titolo di assistente sanitaria.

Ha lavorato nei servizi di medicina preventiva, assistenza domiciliare e medicina del lavoro per sei anni e nel frattempo ha continuato il suo percorso formativo conseguendo il Diploma di Infermiera Insegnante Dirigente presso la Facoltà di Medicina e Chirurgica dell'Università degli Studi di Milano.

Nel 1981 ha istituito, e ne è diventata responsabile, l'ufficio Aggiornamento del personale delle USL della provincia di Trento che organizza corsi di formazione per tutte le professioni sanitarie. Ricopre questo ruolo fino al 1987 quando assume quello di Direttrice della Scuola Infermieri, che mantiene fino al 1994 e quello di Direttore Didattico della Scuola Superiore di Formazione Sanitaria della Provincia Autonoma di Trento fino al 2001 anno in cui, con l'istituzione dei diplomi universitari per infermieri, inizia la collaborazione con l'Università di Verona coordinando una sede del corso decentrata a Trento.

In questi anni ha collaborato con continuità con la Federazione IPASVI per l'elaborazione di documenti di indirizzo sulla formazione di base e post base.

Nel 2000 ha partecipato al primo concorso che l'Università italiana ha attivato per Professori Associati di Scienze Infermieristiche e ha conseguito l'abilitazione. Nel novembre del 2001 ha iniziato la sua attività come Professore Associato di Scienze Infermieristiche generali, cliniche e pediatriche presso l'università di Verona. Importante, in questo ruolo, il suo contributo per sviluppare e qualificare il corso di Laurea in Infermieristica dislocato su 5 poli. In questo periodo, forte della convinzione che i gruppi della professione che appartenevano a formazioni diverse dovevano poter integrarsi e dialogare e contaminarsi, ha attivato un percorso universitario integrativo cui hanno partecipato 900 infermieri.

Nel 2004, mossa dall'idea che fosse necessario dare una risposta ai colleghi che desideravano studiare e acquisire competenze avanzate e specialistiche, ha contribuito all'avvio di un corso di laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche e Ostetriche e di un'offerta di master.

È Presidente della Conferenza Nazionale dei Corsi di Laurea e Laurea Magistrale delle Professioni Sanitarie, organismo che ha avuto un ruolo importante nel fare rete tra le 22 professioni sanitarie e le università e indirizzare in questi 20 anni lo sviluppo dei corsi.

Ha fondato e gestisce la rivista "Assistenza Infermieristica e Ricerca", unica rivista italiana di Scienze Infermieristiche inclusa nel Cumulative Index to Nursing & Allied Health Literature (CINHAL) nel Nursing Citation Index (NCI) e in MEDLINE e con Impact Factor.

È componente della Direzione scientifica della ricerca multicentrica ESAMED (Esiti Sensibili all'infermieristica nelle Medicine) il cui obiettivo è esplorare la correlazione tra skill mix dei team infermieristici e l'occorrenza di esiti negativi sui pazienti.



Numerose le pubblicazioni che conta sui suoi filoni di ricerca:

- Modelli innovativi dell'assistenza infermieristica sia in ambito ospedaliero che territoriale;
- Determinanti che influenzano gli outcome nursing-sensibili;
- Problemi assistenziali degli anziani istituzionalizzati o assistiti a domicilio;
- Dimensioni educative della formazione infermieristica con particolare interesse alle strategie tutoriale e alla qualità formativa dei tirocini;
- Teoria e pratica delle azioni di cura infermieristica/ caring.

Su quest'ultimo filone in particolare, oltre agli articoli scientifici, ha pubblicato il Trattato di cure infermieristiche: un testo, nato dall'esigenza di disporre di strumenti capaci di fornire una cornice sistematica e aggiornata dello stato dell'arte e che indichino le piste di sviluppo da percorrere per il futuro, che con uno sguardo originale e grande attenzione alla cultura professionale italiana, sistematizza e approfondisce le cure infermieristiche primarie.

Nel 2014 ha conseguito l'abilitazione a Professore Ordinario e dal prossimo primo ottobre rivestirà questo ruolo presso l'università di Verona.

Intervista

Un riconoscimento importante quello ottenuto con la nomina a Professore ordinario ma quante difficoltà e quanto lavoro per arrivarci?

È certamente una importante gratificazione professionale, preceduta da una vita in cui ho dedicato molto tempo al lavoro e allo studio e questo traguardo, comporterà ulteriori responsabilità. Ma la soddisfazione più profonda è di aver contribuito ad aprire la strada per la professione, una meta che è solo il punto di partenza di uno sviluppo pieno del nostro settore scientifico

disciplinare. Non è stato facile far accettare all'università l'infermieristica come scienza con un proprio corpo docente: ho dovuto ripartire con umiltà per dimostrare il contributo e la dignità di questa disciplina, essere costantemente valutata sul piano della produttività scientifica e della rigosità accademica. Molto complesso è stato anche conoscere e comprendere le regole e le dinamiche del mondo universitario. Ma questo è un processo che si ripete ogni volta che un docente /disciplina si affaccia ex novo all'università e deve iniziare un percorso di legittimazione. Devo ammettere che è stato impegnativo e talvolta faticoso ma ho anche trovato nell'Ateneo di Verona moti colleghi docenti che hanno apprezzato, valorizzato l'apporto dell'infermieristica anche attraverso le collaborazioni che via via nascevano attorno al corso di laurea, magistrale e ai master.

Ha percepito differenze di genere in questo percorso?

No, non ho percepito una discriminazione per l'essere donna, piuttosto ho percepito la differenza di provenire dalla sanità e quindi da una carriera non universitaria.

Quali i traguardi significativi raggiunti dalla professione infermieristica fino ad oggi?

Credo che negli ultimi 20 anni la professione sia cresciuta molto sul piano culturale è presente in una immensa varietà di contesti lavorativi, pubblici, privati, associativi, libero professionali. Si sono affermati molti ruoli specialistici nella clinica, nella formazione, nel management, nella ricerca, negli uffici di staff per la qualità, nel rischio clinico: molti infermieri continuano a studiare. In Università la formazione infermieristica si è consolidata, ha acquistato una visibilità e non solo perché rappresenta circa il 60% degli studenti delle Facoltà di Medicina, ma per le proposte formative innovative, per la buona gestione didattica.

In particolare a Verona si è fatta molta sinergia anche con le altre professioni, ma molto rimane ancora da fare, le interazioni con gli studenti di medicina sono ancora deboli, la ricerca



sui problemi di carattere infermieristico deve avere maggior impulso e soprattutto inserirsi anche in progetti collaborativi con i clinici. Penso che si sia raggiunta anche una buona alleanza tra la componente della professione che si occupa della formazione e i Dirigenti, coordinatori e colleghi dei servizi. Un'area che ho particolarmente curato in questi 15 anni è stata la vicinanza alla pratica, tenere viva nelle aule universitarie la nostra mission di caring per i pazienti e orientare lo sviluppo del sapere in funzione di questo.

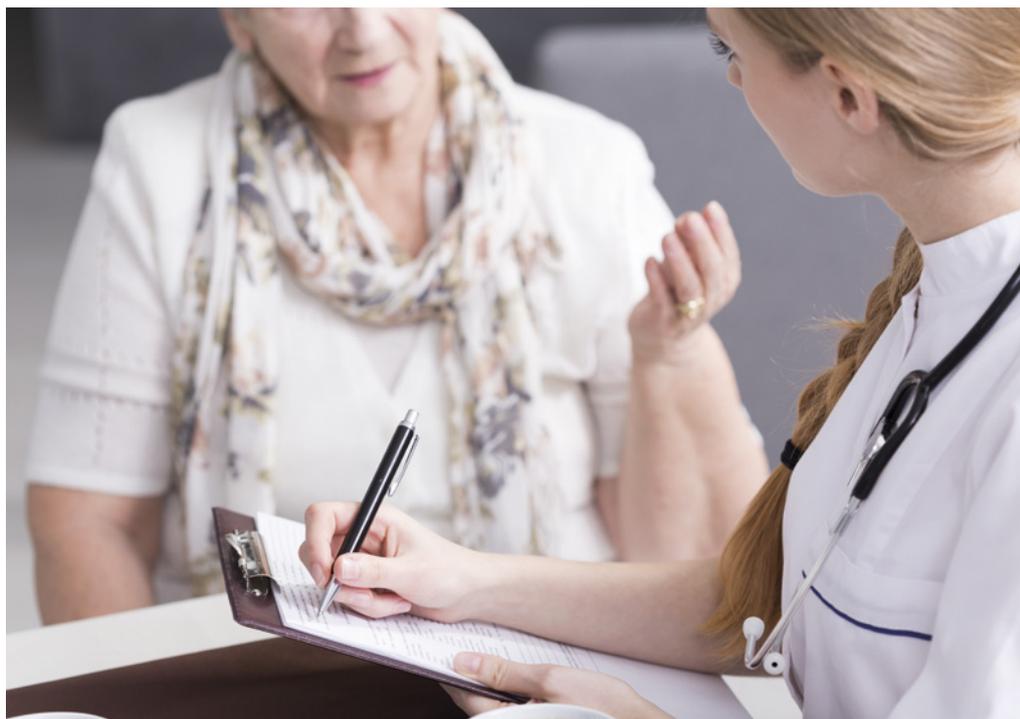
Quali ancora le sfide da affrontare e quali le priorità per vedere presto riconosciuta appieno la professione e le sue peculiarità e potenzialità?

A livello universitario, un maggior numero di docenti infermieri strutturati a partire da ricercatori e professori associati che possano più stabilmente ed efficacemente contribuire allo sviluppo delle Scienze Infermieristiche. Per favorire questo sviluppo un obiettivo a breve dovrà essere quello di facilitare l'accesso a Dottorati di Ricerca che è una condizione necessaria per intraprendere la carriera universitaria. Sviluppare la ricerca clinica finalizzata a produrre più conoscenza sull'assessment clinico, sulla gestione dei sintomi, sull'efficacia dei nostri interventi.

Una maggior produzione di testi sulle diverse aree dell'infermieristica con un approccio italiano all'assistenza che coniuga scientificità e umanità, distaccandoci progressivamente da modelli americani che seppur importanti negli anni ottanta oggi segnano differenze e concezioni molto diverse. Una maggior offerta di Master e corsi di perfezionamento sostenuti anche contestualmente da un quadro normativo contrattuale che riconosca poi l'esercizio delle competenze specialistiche acquisite. Nei servizi una maggior innovazione nei modelli di erogazione dell'assistenza orientati alla presa in carico dei pazienti e ad una maggiore autonomia e responsabilità individuale degli infermieri. Alleanze con le altre professioni sanitarie, con i medici e con le professioni sociali: la professione ora potrebbe sentirsi abbastanza sicura del proprio sapere e perimetro di azione e quindi aprirsi al dialogo e al lavoro con altri professionisti che incontra nella sanità, con la capacità di considerare le differenze una risorsa.

E in Veneto?

In questa Regione sia la Sanità che la formazione sono eccellenti. Si respira un clima politico e professionale dinamico nonostante i livelli di complessità. Si percepisce un "governo" delle istituzioni. Per la professione si sono aperti molti spazi ma forse ancora spesso sotto una egemonia medica anche in settori dove potremmo avere competenze distintive e autonome. Ma anche questo sta nel cammino che dobbiamo ancora fare.



RECENSIONI

Fine vita, un racconto

a cura della REDAZIONE

Un tema molto complesso e un dilemma profondo quello del fine vita: ampiamente discusso, una questione dai molteplici chiaro-scuro che a volte avvicinano le opinioni, altre, invece, le dividono e aumentano le distanze tra posizioni diverse.

Il fine vita, da tanto tempo ormai oggetto di dibattiti, incontri, conferenze, che lo hanno affrontato e continuano a farlo da differenti punti di vista: giuridico, bioetico, medico-scientifico, normativo, filosofico, morale, religioso, politico, personale, ha da sempre visto al suo "capezzale" impegnati a discuterne differenti esperti e professionisti (filosofi, medici, scienziati, bioeticisti, politici, giornalisti, religiosi, giuristi). Molte voci dunque, sovente discordanti e spesso concitate che "all'orecchio" di chi ascolta per farsi un'idea paiono poco distinte, un brusio di fondo, insomma, sulla scena di una questione quanto mai difficile e dove riuscire a "farsi un'idea" non è assolutamente facile. E in questo coro di voci differenti si fanno spazio i libri che con sfumature ancora diverse, ricorrendo a testi che danno "vita" alla narrazione, provano a raccontare il fine vita in un altro modo ancora.

INFORMAZIONI

TITOLO:

Una morte dolcissima

AUTORE:

Simone De Beauvoir

EDIZIONI: ET Scrittori

PAGINE: 112

Una morte dolcissima

SIMONE DE BEAUVOIR
UNA MORTE DOLCISSIMA



Nata in Francia nel 1908 e morta nel 1986 è stata una scrittrice, saggista, filosofa, insegnante e femminista. Una morte dolcissima è un racconto biografico in cui l'autrice racconta la storia di sua madre Françoise malata di cancro e ignara della prognosi purtroppo infausta. Protagoniste del racconto anche Simone (l'autrice) e Poupette nel loro triplice ruolo, figlie, sorelle, caregiver.

Come tutte le testimonianze, anche questa è ricca di contrasti risultati dell'incontro/scontro tra idee e fatti, pensieri e realtà e spesso irrisolti. Cento le pagine del libro dove dunque si tocca concretamente i sentimenti contrastanti nei confronti dei medici, della malattia, della speranza: un mese di vita quello raccontato dalla penna di Simone e visto in una doppia prospettiva, quella della figlia e quello della scrittrice. Tante le difficoltà ad accettare la fragilità della vita, l'i-

nevitable e il distacco fisico da una persona importante, la madre. Una battaglia dura quella di Simone combattuta tra il desiderio di chiudere gli occhi sulla sofferenza e sul dolore del momento che sta vivendo continuando la vita frenetica e impegnata di sempre e la presa di coscienza della malattia che ogni giorno si accanisce un po' di più sulla madre sempre più

provata. Tanti i pensieri e le considerazioni sulle righe e tra le righe di questo racconto la cui lettura scorre facilmente come l'acqua in un rivolo. Una in particolare, quasi una conclusione che l'autrice non esprime alla fine del racconto ma a metà dello stesso e che non ha bisogno di commenti: "Ho compreso per mio conto, fino al midollo delle ossa, che negli ultimi istanti di un moribondo si può racchiudere l'infinito."

ECM, quali obblighi per l'acquisizione dei crediti?

Sono un infermiere appena laureato nella sessione di aprile 2016; da giugno lavoro in una RSA della provincia a tempo determinato. Quali obblighi ho nel conseguire i crediti ECM?

Paolo

Gentile collega,

La Commissione nazionale per la Formazione Continua ha determinato che il debito formativo per tutte le professioni è di 150 crediti anche per il triennio 2014-2016.

Il debito formativo individuale può però variare applicando i criteri fissati dalla Determina della CNFC del 17 Luglio 2013. In base a tali criteri chi ha acquisito almeno 101 crediti nel triennio precedente ha diritto ad uno "sconto" di quarantacinque crediti.

Occorre poi tenere presente che mentre per i liberi professionisti non esiste una calendarizzazione annuale vincolante, i lavoratori dipendenti (o parasubordinati) sono tenuti a rispettare una pianificazione di 50 crediti/anno salvo eventuali riduzioni od esoneri.

Diversamente dal triennio precedente tutti i crediti possono essere ottenuti mediante la partecipazione a corsi FAD senza più alcuna limitazione.

Tra le novità del 2014 vi è inoltre la sperimentazione nazionale del 'dossier formativo' gestita dal COGEAPS, il consorzio di gestione dell'anagrafe delle professioni sanitarie. Scopo del progetto è quello di valorizzare al meglio, dopo una fase sperimentale di assestamento, il percorso del professionista nel conseguimento del suo fabbisogno formativo. Il dossier sarà composto dinamicamente in autonomia da ciascun professionista a partire dall'individuazione degli obiettivi formativi nazionali e, nelle intenzioni, dovrebbe consentire di valutare nel tempo la coerenza oltre che la costanza della formazione.

L'esonero dall'obbligo ECM è principalmente relativo all'attività di formazione universitaria che il professionista svolge contestualmente all'esercizio della professione; pertanto il professionista è esonerato dall'obbligo formativo ECM per un determinato periodo, ma non gli è preclusa l'attività professionale contemporanea. Le esenzioni precludono lo svolgimento dell'attività sanitaria e danno diritto a una riduzione dell'obbligo formativo, i periodi di esenzione e di esonero sono cumulabili ma non sovrapponibili nell'ambito del triennio, ad eccezione degli esoneri definiti dalla commissione nazionali per le catastrofi naturali.

Per qualsiasi dubbio ti invitiamo, e invitiamo tutti i colleghi a contattare lo sportello Cogeaps aperto presso la sede del collegio il secondo e il quarto martedì di ogni mese dalle ore 15.00 alle ore 17.

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

