

Tempo di Nursing

Infermieri professionali assistenti sanitari vigilatrici d'infanzia

TdN 66, Aprile 2014

www.ipasvibs.it

1 EDITORIALE

Infermieri e territorio: un treno per il futuro
di Stefano Bazzana

3 OSSERVATORIO

Numero Unico di Emergenza 112 in Europa: modelli e tendenze
di Marco Torriani

12 FOCUS

Le cure domiciliari: un sistema in evoluzione
di Simonetta Di Meo

L'Infermiere di Famiglia e di Comunità:
una proposta per lo sviluppo delle cure primarie
di Paola Obbia, Ginetto Menarello e Claudio Maddalena

Infermiere Case Manager in una Struttura Riabilitativa: un'esperienza
**di Mariangela Ambrosini, Emanuela Lupatini, Luisa Pelizzari,
Carolina Pontoglio, Giovanna Riva, Valbona Zani**

Lo studio medico: la nuova frontiera dell'autonomia professionale
di Roberto Ferrari

Un nuovo modello a rete per le cure palliative
di Giovanni Zaninetta

28 #Selfie

Il selfie di protesta e sensibilizzazione degli infermieri neolaureati

29 COMUNICAZIONI DEL COLLEGIO

Assemblea annuale degli iscritti al Collegio IP.AS.VI. di Brescia
Relazione del Presidente Stefano Bazzana

40 SUL PROSSIMO NUMERO

Assistenza infermieristica e condizione anziana

*Le immagini pubblicate in questo numero
sono tratte dall'archivio fotografico del Collegio.*

Sommario



EDITORIALE

Infermieri e territorio: un treno per il futuro
di Stefano Bazzana.....Pag. 1



OSSERVATORIO

Numero Unico di Emergenza 112 in Europa:
modelli e tendenze
di Marco TorrianiPag. 3



FOCUS

Le cure domiciliari: un sistema in evoluzione
di Simonetta Di Meo..... Pag. 12

L'Infermiere di Famiglia e di Comunità:
una proposta per lo sviluppo delle cure primarie
di Paola Obbia, Ginetto Menarello
e Claudio Maddalena Pag. 16

Infermiere Case Manager
in una Struttura Riabilitativa: un'esperienza
di Mariangela Ambrosini, Emanuela Lupatini,
Luisa Pelizzari, Carolina Pontoglio, Giovanna Riva,
Valbona Zani Pag. 20

Lo studio medico:
la nuova frontiera dell'autonomia professionale
di Roberto Ferrari..... Pag. 23

Un nuovo modello a rete per le cure palliative
di Giovanni Zaninetta Pag. 26



#Selfie

Il selfie di protesta e sensibilizzazione degli infer-
mieri neolaureati..... Pag. 28



COMUNICAZIONI DEL COLLEGIO

Assemblea annuale degli iscritti al Collegio
IP.AS.VI. di Brescia
Relazione del Presidente Stefano Bazzana ... Pag. 29



SUL PROSSIMO NUMERO

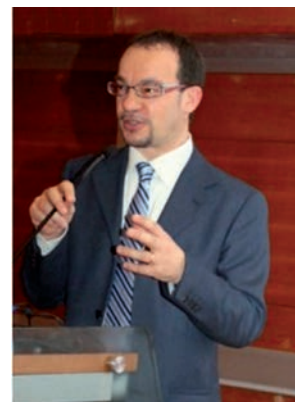
Assistenza infermieristica e
condizione anziana..... Pag. 40





Infermieri e territorio: un treno per il futuro

di Stefano Bazzana*



“Secondo me la missione delle cure infermieristiche in definitiva è quella di curare il malato a casa sua (...) intravedo la sparizione di tutti gli ospedali e di tutti gli ospizi. (...) ma a che cosa serve parlare ora dell'anno 2000?”

(Florence Nightingale, Pasqua 1889)

In questo numero di Tempo di Nursing sono riportati articoli ed esperienze che illustrano il ruolo dell'assistenza infermieristica nell'ambito delle cure primarie e più in generale della rete dei servizi territoriali. In un recente convegno regionale, al quale ha partecipato con un intervento anche il nostro Collegio, i responsabili del welfare lombardo hanno ribadito che le persone affette da malattie croniche sono in costante aumento (3,2 milioni in Lombardia nel 2013, pari al 31.8% della popolazione assistita), e rappresentano oltre il 70% della spesa sanitaria per attività di ricovero e cura, specialistica ambulatoriale e consumo di farmaci. All'interno di questo gruppo di pazienti sta sempre più aumentando il numero di persone con problemi sociali e sanitari (anziani non autosufficienti,

persone con disabilità, persone affette da dipendenze varie), stimabili in circa 660.000, di cui il 75% assistito a domicilio da assistenti familiari (badanti).¹

Il futuro vedrà necessariamente una maggiore richiesta di assistenza infermieristica a causa dell'aumentare dei bisogni legati alla maggiore aspettativa di vita. L'aumento della fragilità e della cronicità sta determinando anche nella nostra provincia, che pure presenta una ricca rete di servizi, un considerevole aumento dei costi di gestione e richiede un adeguamento

¹ F. Longo (2013). *Il sistema sanitario nazionale al bivio. Che fare?* In Gian Franco Gensini, Anna Lisa Nicelli, Marco Trabucchi e Francesca Vanara (a cura di) RAPPORTO SANITÀ 2013. *Sistema sanitario e sviluppo del Paese: alcune specificità in tempo di crisi*. Bologna: Società Editrice Il Mulino, ITALIA pag. 327-349.

delle risposte assistenziali sia sul piano clinico, sia su quello organizzativo e gestionale. Intervenire oggi sulla “cronicità”, significa rispondere ai bisogni di malati complessi, nella maggior parte anziani e nei quali sono presenti più patologie. Si tratta di malati che si rivolgono a numerosi specialisti e figure professionali, spesso senza una corretta integrazione della cura, causa di inutili ripetizioni diagnostiche o terapeutiche, con ripercussioni notevoli sia sul piano dell’efficacia delle cure sia della spesa sanitaria.²

In Regione Lombardia è stata presentata una proposta di legge e richiesta l’attivazione di un tavolo tecnico con la presenza della rappresentanza professionale al fine di armonizzare il modello regionale con quanto proposto, ormai da tempo, dalla professione: l’infermiere di Famiglia e di Comunità.

Inserire, come richiesto dall’OMS, la figura dell’infermiere di famiglia e di comunità accanto al Medico di Medicina Generale (MMG), rappresenta una possibile soluzione per la sostenibilità del Sistema Sanitario Regionale. Tuttavia perché tale figura possa efficacemente operare, è necessario che abbia un mandato chiaro, un’idonea formazione e un adeguato riconoscimento professionale. Supportata anche da una solida rete di servizi territoriali nei quali la presenza degli infermieri sia garantita.

Come anche Paola Obbia riporta nel suo articolo pubblicato in questo numero, in Spagna, da circa dieci anni ogni cittadino ha il proprio medico e il proprio infermiere di riferimento assegnato. Gli infermieri si occupano principalmente di prevenzione e di gestione della domanda, ma ricevono e trattano anche i pazienti che accedono spontaneamente ai servizi del territorio occupandosi di patologie acute codificate, in cui il loro intervento è risolutivo nel 74% dei casi. I medici che si occupano del restante 26% possono concentrarsi sul proprio lavoro in modo appropriato e con maggiore soddisfazione.³

L’Organizzazione Mondiale della Sanità affer-

ma che *“In alcuni paesi la pratica infermieristica è limitata da requisiti inflessibili e inattuali che regolano le carriere e le modalità di impiego. I sistemi di regolamentazione devono essere flessibili e consentire agli infermieri di ridefinire la loro pratica per soddisfare i mutevoli bisogni di salute”*.⁴

Non solo all’estero, anche in varie regioni italiane gli infermieri hanno dimostrato che si possono introdurre nuovi modelli assistenziali, basati su evidenze scientifiche ed economicamente convenienti, ma soprattutto efficaci nel fornire risposte ai bisogni delle persone nei loro luoghi di vita.

È dunque fondamentale che gli infermieri, insieme agli altri operatori sanitari e ai cittadini, anche nell’ottica di utilizzare al meglio le risorse disponibili partecipino attivamente alla innovazione e riorganizzazione dei servizi presenti sul territorio, influenzando le politiche sanitarie, favorendo l’integrazione dei percorsi e la continuità delle cure.

Credo che sia arrivato il momento di essere lusinganti. Considerato che abbiamo già oggi il 70% di famiglie che rinunciano alle cure perché troppo costose, uno scenario futuro fatto di cittadini sempre più anziani e fragili, gli infermieri sostengono un Servizio Sanitario efficiente e rinnovato, ma sempre equo e universalistico.

² F. Longo op citata nota 1.

³ Delamair, M. and G. Lafortune (2010), *“Nurses in Advanced Roles: A Description and Evaluation of Experiences in 12 Developed Countries”*, OECD Health Working Papers, No. 54, OECD.

⁴ World Health Organization Regional Office for Europe. *HEALTH21: An Introduction to the Health for All Policy Framework for the World Health organization.*



Numero Unico di Emergenza 112 in Europa: modelli e tendenze

di Marco Torriani*

Il Numero di Emergenza Europeo 112

L'ultimo report dell'Eurobarometer Survey n. 368/2013 in confronto al 2012, riporta che la maggior parte degli intervistati nell'Unione Europea non hanno familiarità con il 112 come un numero di emergenza europea: appena oltre un quarto (27%) sa identificare correttamente il 112 come il numero da chiamare ovunque nell'UE in caso di emergenza. In cinque paesi, il 50% degli intervistati identifica spontaneamente il 112 come il numero da chiamare per servizi di emergenza da qualsiasi parte dell'UE: Polonia (57%), Slovacchia (55%), Finlandia (54%), Lussemburgo (53%) e Repubblica Ceca (50%). La conoscenza delle funzionalità europea del 112 è aumentata di oltre cinque punti percentuali a Cipro (24%, + 11), Belgio (48%, + 9) e Spagna (30%, + 9), seguita dalla Slovacchia (55%, + 8), Slovenia (30%, + 8) e Lettonia (28%, + 6).

La conoscenza della funzionalità europea è diminuita di oltre quattro punti percentuali in Bulgaria (37%, -6) e Germania (17%, -4).

Oltre un terzo degli intervistati (36%) che hanno viaggiato in un altro paese dell'UE almeno una volta negli ultimi 12 mesi, hanno mostrato una maggiore consapevolezza del 112 rispetto alle persone che non hanno viaggiato.

Quattro intervistati su 10 (39%) che hanno

viaggiato all'interno dell'UE almeno due volte negli ultimi 12 mesi hanno correttamente identificato il 112, ma diminuisce al 28% tra coloro che hanno viaggiato nell'UE una sola volta e ancora al 23% tra coloro che non viaggiano in qualsiasi altro paese UE.

Appena oltre la metà (51%) di tutti i cittadini dell'Unione europea dicono che chiamano 112 in caso di emergenza nel proprio paese. Gli stessi dicono anche che chiamerebbero un numero di emergenza nazionale.

L'87% degli intervistati sono in grado di elencare almeno un numero di emergenza corretto quando è stato chiesto quale numero chiamare in caso di emergenza nel proprio paese. Di questi, 32% menziona il 112, il 34% cita un numero di emergenza nazionale ufficiale e il 14% menziona il 112 e anche un numero nazionale. La quota di intervistati che chiama il 112 nelle proprie aree del paese va dal 96% in Svezia al 2% in Grecia.

La consapevolezza del 112 come un numero di emergenza nazionale è aumentato nella maggior parte degli Stati membri, aumentando più in Italia (35%, + 16), Belgio (49%, + 8) e Spagna (73%, + 8).

Il 39% degli intervistati dicono che chiamano il 112 in un contesto nazionale ma anche identificano il 112 come il numero di emergenza europea. Questo è un cambiamento molto leggero

rispetto ai 2012, quando il 38% di popolazione di questo gruppo era in grado di identificare il 112 come numero tutta l'UE.

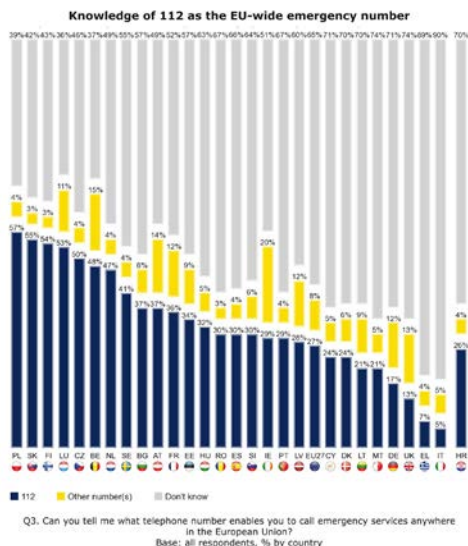
L'utilizzo del Numero di Emergenza Europeo 112

Il 46% di chi ha chiamato un numero di emergenza dice che ha chiamato solo il 112, mentre il 52% afferma che ha chiamato un numero nazionale. Situazione invariata rispetto al 2012. Tuttavia, quando si risponde spontaneamente, il 35% degli intervistati che ha chiamato un numero di emergenza, dice che ha chiamato solo 112, mentre 62% dice che hanno chiamato un numero nazionale.

La quota di intervistati che ha chiamato solo il 112 in caso di emergenza è stata più alta in Finlandia (96%) e più bassa in Grecia (3%), Romania (98%) e Regno Unito (4%).

Le informazioni sul numero di emergenza europeo 112, nel (69%) non sono pervenute durante l'anno precedente, mentre solo poco più di un quarto (28%) ha incontrato qualche tipo di informazioni su di esso. In Slovacchia, Romania e Polonia la maggioranza degli intervistati ha ricevuto informazioni circa il numero di emergenza 112 negli ultimi 12 mesi. Ma in Grecia e in Italia solo il 9% degli intervistati ha visto o sentito tutte le informazioni.

Il 63% delle persone che sono state informate circa il numero 112 hanno ottenuto informazioni tramite la televisione. Tuttavia, i giornali erano la fonte più comune di informazioni circa il 112 in quattro Stati membri: Finlandia, Lussemburgo, Germania e Austria.



Il contesto legislativo europeo

1991 decisione del Consiglio del 29 luglio:

Articolo 1, comma 1. Gli Stati membri assicurano l'introduzione del numero 112 nelle reti telefoniche pubbliche, nelle future reti digitali integrate nei servizi nonché nei servizi pubblici mobili come numero unico europeo per chiamate di emergenza.

2002 direttiva del Parlamento del 7 marzo (Direttiva Servizio Universale):

Articolo 26, comma 1. Gli Stati membri provvedono affinché... tutti gli utenti finali di servizi telefonici accessibili al pubblico, ed in particolare gli utenti di telefoni pubblici a pagamento, possano chiamare gratuitamente i servizi di soccorso digitando il numero di emergenza unico europeo 112.

2003 Raccomandazione della Commissione del 25 luglio:

Articolo 1. Gli Stati membri devono applicare le condizioni e i principi armonizzati definiti qui di seguito nella trasmissione di informazioni di localizzazione ai servizi di pronto intervento per tutte le chiamate effettuate al numero di emergenza unico europeo 112.

A seguito dell'inadempienza di diversi stati europei, l'UE ha proceduto nel:

2006 Avvio della procedura di infrazione

2010 Richiesta di sanzioni per 40 milioni di euro

2011 Chiusura o temporanea sospensione della procedura di infrazione

La catena del Servizio 112

Fondamentale la conoscenza del Numero

Unico di Emergenza. La società italiana attuale è talmente arretrata sul tema "allertamento corretto dei sistemi di emergenza" al di là della presenza o meno di più numeri di emergenza, che qualsiasi modello scelto avrebbe necessità di una pesante campagna educativa e civica a livello nazionale.

Utilizzare un dispositivo. Qualsiasi dispositivo comunicativo deve essere a disposizione (e quindi facilmente fruibile) di qualsiasi utente, per accedere a una rete che supporti tutte le tipologie comunicative oggi in essere (analogiche, digitali, web, social network, Voip ecc.).

Parlare con un operatore libero. L'immediato accesso a un punto di contatto che non sia solo risposta, ma completa gestione del bisogno di soccorso pubblico.

Invio dei dati. Identificazione e localizzazione il più precise possibili.

Invio della risorsa idonea. Se i punti precedenti sono ottimizzati al meglio l'abbattimento dei tempi è ulteriormente ridotto, permettendo il raggiungimento dell'obiettivo e del risultato ovvero, **l'intervento di soccorso** e la contestuale risoluzione del bisogno di soccorso dell'utenza.

I modelli del Numero di Emergenza Europeo 112

PSAP significa Public Safety Answering Point ovvero Punto di Risposta di Pubblica Sicurezza/Soccorso.

- **Modello PSAP Locale (modello 1):** Le chiamate vengono indirizzate a un servizio locale. L'operatore appartiene ad una disciplina. Vi sono più numeri di emergenza. La chiamata arriva solo ad un ente. Nel caso il problema interessi gli altri enti viene trasferita. Costoso in quanto ogni variazione tecnologica richiede soluzioni individuali. Esempi: Austria, Francia, Germania, Italia, Norvegia.



- **Modello PSAP a due stadi (modello 2-3):** Le chiamate vengono indirizzate ad un PSAP di primo livello. L'operatore trasferisce la chiamata ad un operatore di secondo livello del servizio richiesto (PSAP2) che effettuerà per competenza istituzionale preposta, il dispatching e codifica di gravità oltre che tutta la gestione del soccorso. Questo modello implica costi elevati perché comporta la creazione di un'ulteriore struttura: il PSAP Laico. In generale, un superfluo passaggio in più nella realtà



italiana delle chiamate di soccorso. Esempi: U.K., Irlanda. La Romania ha adottato una "variante" (rif.3): gli specialisti dei PSAP2 supportano i Laici durante la chiamata al PSAP1.

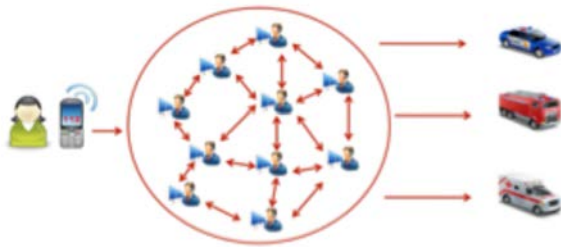
- **Modello Sala Operativa Integrata (modello 4):** Tutte le discipline sono presenti in un'unica sala. La risposta può essere affidata anche a operatori laici ma nella medesima sala è presente personale appartenente agli enti coinvolti. Modello estremamente efficace ed efficiente. È necessario aggiornare un minor numero di PSAP. L'addestramento è più complesso ma può avvalersi di più figure professionali. Esempi: Spagna (alcune regioni), Belgio, Turchia. Da segnalare l'Awards ricevuto nel 2013 dal "One Public Safety Communication Centre" nel Nord dei Paesi Bassi, basato su Sala Operativa Integrata e Interconnessa senza operatori laici (descrizione sintetica in seguito).



- **Modello Ricezione e Invio Combinati (modello 5):** Un operatore laico altamente addestrato riceve le chiamate e invia i mezzi di tutte le discipline. Efficiente: è necessario aggiornare un numero minore di PSAP. Esempi: Finlandia, Svezia.



- **Modello PSAP Interconnessi (variante):** Tutti i PSAP usano la stessa tecnologia e sono interconnessi alla stessa rete. Le chiamate possono essere indirizzate a qualunque operatore. È il più efficiente: tutti i PSAP utilizzano la stessa tecnologia. Esempi: Bulgaria, Repubblica Ceca, Svezia.



- **Modello Integrazione Parziale:** soccorso sanitario e tecnico integrati in una centrale. Forze di polizia con il proprio PSAP. Efficiente: è necessario aggiornare un numero minore di PSAP. Esempi: Estonia, Lussemburgo. Da segnalare che la Provincia Autonoma di Trento ha iniziato una valutazione di attuazione di tale modello. La Regione Aosta ha un modello simile (senza attivazione 112). A novembre 2012 il modello in uso nella maggior parte dell'UE era il n.1. Nel 2013 si acquisisce il dato che il modello n. 4 con la variante Interconnessione ha iniziato a imporsi con una previsione di ampliamento in diversi paesi EU nei prossimi anni. L'attivazione del Numero di Emergenza Europeo 112 segue lo stesso andamento. Il numero dei PSAP si riduce di numero laddove i modelli n.4 e l'Interconnessione operano a regime. Se fino a 10 anni addietro l'EU imponeva l'istituzione del Numero di Emergenza Europeo, negli ultimi 3-5 anni inizia a monitorare anche la modalità di attuazione, accogliimento e relativa gestione della chiamata di emergenza e del soccorso.

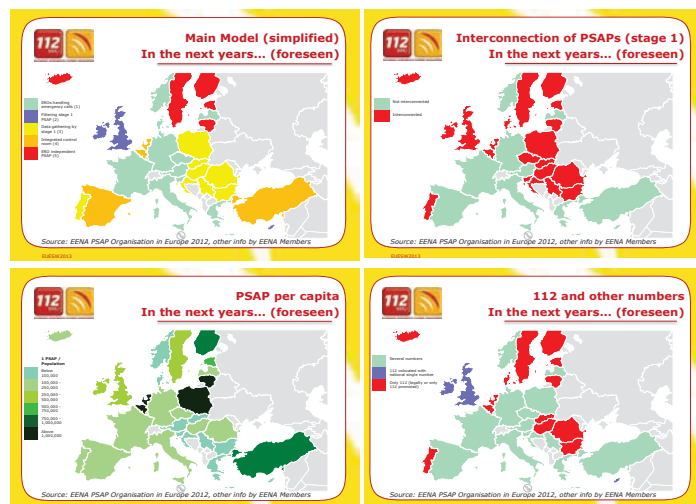


Le maggiori tendenze in Europa

- **Le centrali operative tendono a diminuire ed aumentare di dimensioni:** centrali più grandi tendono a essere più efficienti ed a diminuire i tempi di risposta. La tendenza è quella di operare con il modello n. 4 e l'interconnessione, con un bacino di utenza non inferiore a un milione di abitanti.
- **Le centrali operative tendono a essere interconnesse:** l'interconnessione rende i siste-

mi più sicuri e li mette al riparo da malfunzionamenti.

- **Le centrali operative tendono ad avere una sala controllo:** le sale di controllo e monitoraggio permettono di identificare immediatamente i problemi e di risolverli tempestivamente.
- **Gran parte degli interventi richiede il coinvolgimento di più enti:** Cresce l'esigenza di avere sale operative integrate nelle quali la presenza di tutte le funzioni garantisce l'integrazione, la valorizzazione della competenza ed aumenta il coordinamento.
- È più semplice affrontare sfide tecnologiche: i centri interconnessi che utilizzano la tecnologia sono più semplici da mantenere, ed in essi l'introduzione di nuove funzioni (eCall sistema di allarme e localizzazione di incidenti stradali, NG112 – Next Generation 112 ovvero l'utilizzo delle nuove applicazioni utente per accedere al Numero Unico Europeo di Emergenza 112) è più rapida. Garanzia di continuità ognitempo.
- **Gli operatori hanno un ruolo cruciale nel diminuire i tempi di risposta:** in caso di emergenze di massa la possibilità di aumentare gli operatori e di utilizzare personale multilingue in loco ha un'estrema importanza.



Tutto ciò pone le basi dell'obiettivo di rafforzare l'anello debole della catena della sopravvivenza che è indiscutibilmente la chiamata di soccorso attraverso le tre funzioni universalmente riconosciute e valide sia in ambito sanitario, tecnico e di pubblica sicurezza:

- **Localizzazione, Valutazione, Gravità/Magnitudo**

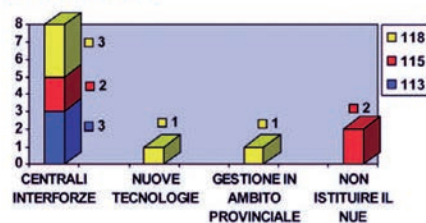
- *Invio del mezzo o risposta alternativa e contestuale gestione dell'evento*
- *Somministrazione delle Istruzioni Pre-Arrivo (IPA)*

“Il compito di chi risponde non è esclusivamente tecnico: sono necessarie competenze relazionali per gestire gli aspetti emotivi del chiamante e trasformarlo nel primo soccorritore sulla scena. Tali competenze hanno regole specifiche tra le quali spicca la necessità di presa in carico dell'intera chiamata da parte di un'unica struttura: in nessun momento il richiedente aiuto deve sentirsi dire: “...attenda che le passo...””

Una proposta per l'Italia in 5 anni

Al fine di evitare una riorganizzazione che preveda l'inserimento di un livello aggiuntivo nella catena dell'emergenza (nella fattispecie l'inserimento del Call Center Laico quale terminale in entrata fra cittadinanza e sistema dell'emergenza), la proposta che segue, oltre che rifarsi alle tendenze ed evoluzioni evidenziate dall'E-ENA – European Emergency Number Association quale organo consultivo della Commissione Europea, ha trovato consensi in alcuni lavori editi negli ultimi anni di cui si allega la bibliografia (Bariona, Agostinis, Bozzetto, Torriani, Mozzarelli, De Vecchis e altri).

8. Quale metodo consiglierebbe per gestire al meglio il cambiamento? (Risposta libera)



Nell'ultimo grafico (a risposta libera) sul metodo consigliato per la gestione del cambiamento, tutti gli enti interrogati sono propensi ad isti-

Estratto dallo studio di Mozzarelli (2013)

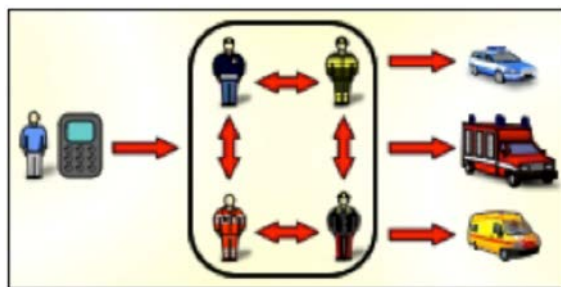
Il modello Centrale Unica e Interconnessa.

le Centrali Operative sono presidiate dalle tre funzioni (Pubblica Sicurezza, Soccorso Tecnico Urgente, Soccorso Sanitario). L'operatore di uno degli enti che risponde alla chiamata prende in carico la richiesta e rimane in contatto continuo con l'utente; la presenza degli operatori degli altri enti istituzionali favorisce l'ero-

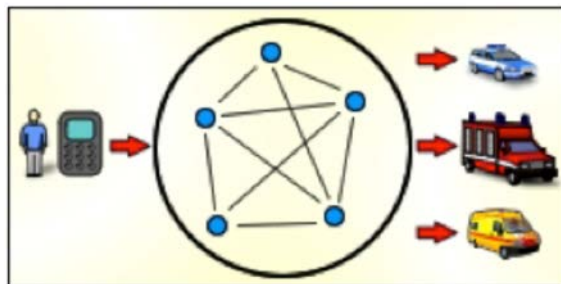
gazione di una risposta multidisciplinare. Nel tempo oltre alle tre funzioni citate potrebbero unirsi anche le restanti forze che per compito istituzionale si occupano di Soccorso Pubblico ed Emergenza (Enti e Corpi vari dello Stato o dell'amministrazione Provinciale/Regionale).

Una organizzazione di questo tipo permette di utilizzare personale già parzialmente formato. Serve solo adottare procedure comuni di tipo operativo/organizzativo/gestionale. Gli spazi idonei sono facilmente individuabili già presso una delle singole Centrali Operative degli enti sopra citati che meglio presentano le caratteristiche di fattibilità. Idem per i sistemi tecnologici.

Elevata complessità: la coesistenza di diversi Enti in un'unica sala operativa implica particolari dinamiche. Tuttavia procedure comuni possono essere adottate in quanto già operative sul campo quotidianamente.



+



*Estratto dallo studio
di Bariona, Agostinis, Bozzetto*

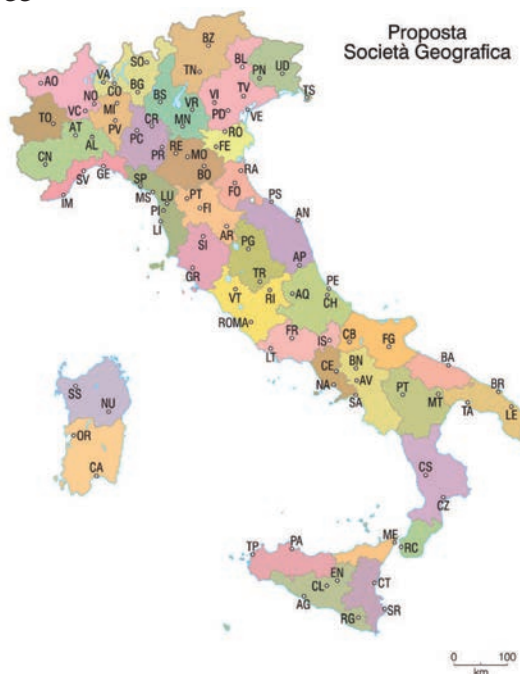
Quante Centrali Uniche e Interconnesse e dove? L'argomento trova connubio anche nel recente documento “Riordino territoriale dello Stato”, della Società Geografica Italiana edito nel 2013, dove alcuni concetti sono da conside-

rare quando si “mette mano” a strutture operative di una certa portata.

“...Ciò che si dovrà evitare, in conclusione, è procedere ad accorpamenti che ne snaturino la rispondenza al territorio, avulsi da un progetto e con la sola, improbabile motivazione della *spending review*. Il ridisegno dei confini amministrativi di uno Stato è compito serio che richiede meditazioni profonde, il supporto di esperti del territorio e un filo diretto e non mediato con la popolazione interessata. Il mosaico politico-territoriale deve rispondere non solo a certi parametri statistici, ma essere anche e soprattutto compatto e omogeneo dal punto di vista geografico e storico-culturale, deve essere un territorio in cui la popolazione possa riconoscersi e avvertirlo come spazio vissuto. Se invece è il risultato di una sommatoria esercitazione cartografica di chi, digiuno di geografia, è chiamato a rispondere in fretta alle urla della piazza e a tacitarle con un esempio più formale che sostanziale – ma facilmente spendibile – dei tagli ai costi della politica, diventa un nonsenso nel quale è difficile identificarsi, e il rimedio si rivela peggiore del male. Quindi adeguare l’architettura del ritaglio amministrativo alle esigenze della domanda sociale...”. Interessante anche quanto espresso dal Prof. David Alexander: “...In tempi di recessione è facile tagliare i fondi della protezione contro i disastri (basta che non ci siano questi eventi per un certo periodo), e così trasformare progresso in ‘retrogresso’. L’effetto è di dover spendere maggior denaro quando accade qualcosa di grave. In Europa, secondo alcune previsioni, abbiamo di fronte lo spettro di una serie di insolite contingenze (...). Eppure si potrebbe ipotizzare che l’effetto cumulativo degli eventi più piccoli, i quali sembrano accadere in Italia quasi ogni settimana, sia maggiore di quelli grandi, ma insoliti. La politica europea sta cercando di adattarsi a questi problemi, ed altrettanto quella di alcuni stati, soprattutto la Svezia, la Gran Bretagna ed i Paesi Bassi, ma anche il Portogallo (...).

La S.I.S. 118 nell’allegato n. 1 dei “Criteri e Standard del Servizio 118” edito nel 2012 in merito all’impatto del Nue 112 cita che in merito alle sperimentazioni in atto, non corrisponde una valutazione parallela e d’impatto nelle centrali a più sfavorevole rapporto chiamate/popolazione e popolazione/soccorsi, e che gli studi dovrebbero essere preliminari al fine di

valutare i corretti parametri che possono portare alla chiusura delle piccole centrali insieme alla valutazione dei rapporti costo/beneficio che seguono all’introduzione di nuovi onerosi sistemi gestionali, altrimenti risolti con forti risparmi in altre realtà europee che si sono adeguate al 112 ampiamente prima dell’Italia. Dovrebbe essere valutato con un sistema dell’incident reporting e di near miss le attività delle Centrali Nue 112 a digitalizzazione avanzata rispetto a quelle a bassa digitalizzazione, ai fini economici assicurativi, e non ultimo, della qualità dei servizi erogati in relazione ai presunti risparmi raggiunti.



La proposta di riordino territoriale della Società Geografica Italiana. Fonte: elaborazione su base Consiglio Nazionale delle Ricerche-Progetto Strategico Quadroter

Un modello operativo interessante da imitare.

Il nuovo “One Public Safety Communication Centre” (OPSCC) realizzato a Drachten nel Nord dei Paesi Bassi gestisce un territorio di 3 provincie, 11.000 kmq., 1,7 mln. di abitanti e 62 comuni. Ha in carico 7 organizzazioni afferenti a Polizia, Vigili del Fuoco e Soccorso Sanitario. Riceve 350.000 chiamate all’anno a cui si risponde al 90% in 10 secondi e al 98% in 20 secondi. Le lingue parlate sono olandese, frisone, tedesco, inglese, francese.

Cooperazione e condivisione delle informazioni sono la chiave centrale all'interno dell'OPSCC. Tutte le organizzazioni utilizzano lo stesso sistema operativo. Questo garantisce efficacia ed efficienza prevenendo errori comunicativi. Le informazioni sanitarie e di polizia sono nascoste agli altri servizi di emergenza.

L'OPSCC del Nord dei Paesi Bassi è il centro di coordinamento e di informazioni per tutte le forme di assistenza in emergenza nel Nord dei Paesi Bassi comprese le Isole Wadden (Isole Frisone).

Nel sistema GIS (Geographical Information System – Sistema Informatico Territoriale), dell'OPSCC, sono permanentemente visibili i mezzi di soccorso e quale è il loro stato operativo di servizio. Le informazioni sulla localizzazione di un evento sono trasmessi digitalmente ai mezzi di soccorso unitamente al percorso più veloce per il raggiungimento del luogo.

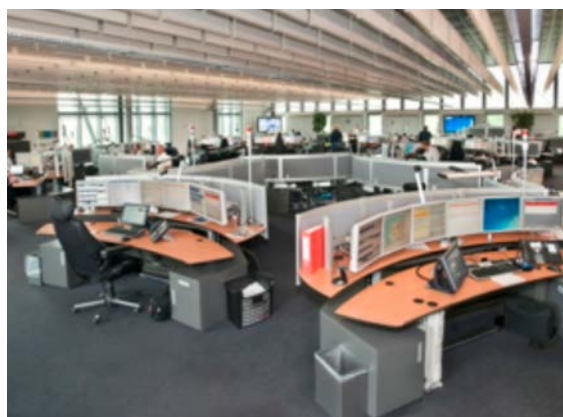
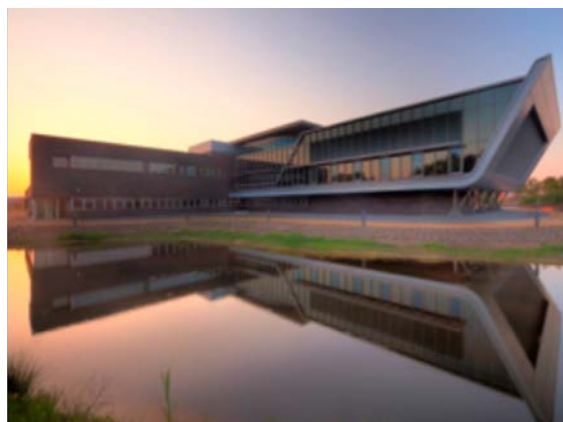
Un dettaglio importante è la collaborazione tra l'OPSCC sito in Drachten e quello sito in Apeldoorn. Essi sono tecnologicamente interconnessi e possono, in caso di malfunzionamento o altro tipo di avaria garantire l'operatività ognitempo.

L'intento dell'OPSCC non solo incoraggia la cooperazione tra i vari servizi di emergenza, ma prevede un risparmio di circa 2,5 mln annui. Questo nuovo OPSCC di Drachten è il modello per decine di nuovi Public Safety Answering Point in Europa. La struttura è stata progettata dall'arch. Renzo Pavanella della BCT Architecten. La Weytec ha realizzato l'interconnessione del sistema operativo.

Conclusioni

Sul nostro territorio nazionale, una/due Centrali Uniche e Interconnesse per ogni territorio proposto dalla Società Geografica Italiana potrebbe essere un buon bilanciamento iniziale. Questo comporterà la chiusura di tutte le Centrali Operative con relative diramazioni dei singoli Enti e Corpi vari dello Stato o dell'amministrazione Provinciale/Regionale che sono preposti al Soccorso Pubblico ed Emergenza, con un buon risparmio economico e di spesa corrente e un indubbio vantaggio operativo, qualitativo e di valorizzazione delle competenze, di efficacia ed efficienza, oltre che di soddisfacimento dell'utenza con importanti margini di sicurezza. Stante il panorama europeo attuale e le evoluzioni

in atto, è auspicabile dirigere gli intenti e le attuazioni verso l'evoluzione, arrivando ad attivare le Centrali Uniche Integrate e Interconnesse in Italia. Le modalità sono già ampiamente indirizzate da quanto espresso in questo contributo e confermate dagli studi e dalle realtà che hanno preceduto il nostro Paese. Le risorse, le competenze e le capacità di chi opera in prima linea sono da sempre presenti. Si tratta solo di armonizzare l'esistente, valorizzandolo. Il contesto amministrativo locale e nazionale non



deve far altro che porsi a disposizione per agevolare i processi attuativi preliminari, di mantenimento ed evoluzione. Esempi “importabili” in Italia da realtà che ante attuazione del Numero Unico Europeo di Emergenza 112 operavano con i medesimi sistemi di emergenza, e si sono evoluti seguendo le tendenze migliori, sono a disposizione. Il legislatore, il programmatore, l’attuatore e gestore del Nue 112 in Italia deve essere “in toto” il Ministero dell’Interno senza intermediari Regionali o Aziendali. Questo comporterebbe l’unione della multidisciplinarietà delle competenze già in fase progettuale per evolvere verso una fase attuativa parallela e compatta.

Di seguito una panoramica sintetica della realtà italiana.

La situazione storico-cronologica italiana

2002 Direttiva del Viminale stabilisce che Polizia e Carabinieri si suddividano i territori. L’ente che riceve trasferisce la chiamata ma l’intervista ricomincia da zero. Lamentele e segnalazioni ma nessuna azione correttiva.

2003 Gruppo lavoro Ministero Innovazione Tecnologica con mandato a Innovazione Italia SpA (2005). Sperimentazione a Palermo, Salerno, Catanzaro (9 mln Euro). Si limita a Salerno che prevede un telefono in C.O. dove le chiamate pertinenti per emergenza sanitaria vengono smistate da Polizia e Carabinieri. Fallimento e bocciatura dall’UE.

2006 - 2007 UE mette in mora l’Italia. deferimento alla Corte di Giustizia UE.

2008 Decreto Gentiloni. Progetto affidato a Polizia e Carabinieri. Non coinvolti 115 e 118.

2009 Corte di Giustizia UE condanna l’Italia a 10 mln/700 Euro al giorno per non attivazione localizzazione e identificazione chiamante. In seguito i Sen. Perduca e Poretti presentano interrogazione parlamentare. L’Aduc – Associazione per i Diritti degli Utenti e Consumatori inizia a monitorare la situazione. Il governo decide di affidare alla Protezione Civile la presentazione di un progetto da presentare all’UE. Progetto Nue 2009 Integrato: prevede digitalizzazione di tutte le Centrali operative degli enti che si occupano di soccorso pubblico al fine di garantire la localizzazione e identificazione del chiamante. È comunque una piattaforma indispensabile anche per la funzionalità dei

Call Center Laici. Significa che il progetto Nue 2009 Integrato se attuato su tutto il territorio nazionale non genera la necessità di istituire i Call Center Laici voluti dalla Commissione Salute Stato/Regioni e Ministero Interno per garantire il “solo” vantaggio alle C.O. 118, affermando comunque il loro altro costo aggiuntivo a tutta la piattaforma.

2010 Ministero Interni e Ministero Sviluppo economico: le chiamate al 112 vengono trasferite agli altri enti con localizzazione e identificazione via fax/mail. Piattaforme informatiche non completamente armonizzate. Attivazione Call Center Laico interno alla C.O. 118 di Varese (mod. 2) secondo Accordo programma Quadro Interregionale per la sperimentazione a Varese, Ravenna, Palermo. Iniziali problematiche in occasione di eventi complessi.

2011 Temporaneamente sospesa l’infrazione contro l’Italia. I provvedimenti intrapresi non sono sufficienti ma si considera la dichiarazione d’intenti. Emessa la European Parliament Resolution Universal Service Directive: l’accesso al 112 deve essere libero attraverso tutti i sistemi tecnologici in uso anche per i disabili. Inizia la riorganizzazione delle C.O. 118 in Lombardia. Le OO.SS. firmano protocollo d’intesa precedente alla Delibera Regionale IX/1964. Emanato il Disciplinare Tecnico/Operativo per il funzionamento di tre Call Center Laici Nue 112 nella Regione Lombardia.

2012 La Società Italiana Sistema 118 emana i “Criteri e Standard del Servizio 118”. In merito alla riorganizzazione delle C.O. 118 in alcune Regioni Italiane e all’argomento Nue 112 pongono “prudenza” ed attenta valutazione. A Riga e Santiago, Workshop EENA: documentate molte segnalazioni nei confronti dell’Italia con potenziale riapertura procedura d’infrazione. La telefonia mobile di nuova generazione accede al servizio di emergenza solo con il 112. Le chiamate al 118 non sono localizzabili a causa di un ricorso vinto dalle compagnie telefoniche presso il TAR Lazio in ottemperanza alla legge sulla privacy. I Vigili del Fuoco di Varese mediante le loro rappresentanze Sindir-Ugl, Usppi e Ugl Federazione Nazionale Vigili del Fuoco inoltrano al Ministro dell’Interno una nota denunciante il fatto che togliere ai cittadini la possibilità di chiamare direttamente i Vigili del Fuoco determina maggiori tempi di risposta

e che, proprio per questo, non è una previsione della direttiva comunitaria ma una scelta su cui aprire al più presto una riflessione.

2013 Riga Workshop EENA: l'European Emergency Number Association consiglia i modelli 3-4-5 ma "predilige" le Centrali Uniche, Integrate e Interconnesse (mod. 4).

a tutt'oggi... emergono problematiche a carico della sperimentazione in atto. Si aggiunge che si "possa mettere seriamente a rischio la continuità di un servizio pubblico essenziale (...) con ripercussioni su valori fondamentali quali salute, ordine pubblico e la sicurezza su almeno tre milioni di abitanti serviti da tale centrale" (ddg 2013/270 rif. Varese e 2014/16 rif. Milano). Costo annuo 3 Call Center Laici 10mln./500 Euro. A Como muore un cittadino che contattando il Nue 112 riferisce l'indirizzo dove inviare il soccorso, il Call Center Laico inoltra alla Centrale Operativa 118 un recapito diverso. La C.O. 118 di Como invia il mezzo che giunge nel luogo errato. La testata giornalistica "il Fatto Quotidiano" espone la situazione facendo emergere la problematica regionale e nazionale. I Vigili del Fuoco di Sondrio intervengono sugli argomenti (Accorpamento Centrali Operative 118 e introduzione Nue 112) in quanto rilevano ritardi nei loro interventi di soccorso. La trasmissione Report di Rai 3 del

16/12/2013 espone la situazione, evidenziando organizzazione illogica e dispendiosa. Viene ripresentata il 02/02/14. Il Siulp di Milano segnala ritardi nei soccorsi dopo l'attivazione del Nue 112 a Milano. Il Siulp di Milano e Brescia propongono la C.O. Unica Integrata come soluzione. Interrogazione in IX Commissione Permanente Trasporti Poste e TLC del 12/12/2013: viene considerata la possibilità di aprire a privati la gestione E-Call se lo Stato non riuscirà a far fronte alle direttive imposte. Potenziale inserimento di ulteriore "anello di risposta". Si ripresentano problematiche al Nue 112 Varese nella trasmissione dati al PSAP2 118 Como evidenziate dagli equipaggi dei mezzi di soccorso sanitario. Regioni quali Piemonte, Friuli Venezia Giulia, Emilia Romagna, Toscana iniziano ad accorpare le Centrali Operative 118 in misura del 50%. Non attuano in contemporanea una progettazione del Numero Unico Europeo di Emergenza. Le amministrazioni dello Stato interessate quali Polizia di Stato, Carabinieri e Vigili del Fuoco non pongono mano a una riorganizzazione delle loro Centrali Operative.

* Infermiere Centrale Operativa Soccorso Sanitario Urgenza Emergenza 118 - Brescia.
Membro Emergency Services Staff Network dell'European Emergency Number Association - EENA

SITOGRAFIA

www.eena.org
www.nue112.eu
www.112foundation.org
www.ambulanceroom.it
www.emergencyroom.it
www.linkedin.com

BIBLIOGRAFIA

Flash Eurobarometer 368, February 2013, European Commission.

Mozzarelli F. "Il cambiamento organizzativo nell'ipotesi di integrazione del Numero Unico di emergenza 112 nella Centrale Operativa 118", N&A Mensile Italiano del Soccorso anno 22° Vol. 243 Marzo 2013.

Legge Provinciale 1 luglio 2011, n. 9, "Disciplina delle attività di protezione civile in provincia di Trento" (b.u. 5 luglio 2011, n. 27, suppl. n. 1).

"Il Riordino Territoriale dello Stato". Riflessioni e proposte della Geografia Italiana. Società Geografica Italiana Onlus - Roma 2013.

A. Agostini "Brain Drain e Brain Waste: il prof. David Alexander e l'analisi della risposta al terremoto dell'Aquila", N&A Mensile Italiano del Soccorso, anno 20° Vol. 230 Dicembre 2011, 22-26.

Torriani M. "Proposta di sperimentazione e attivazione di una Centrale Operativa Interforze Nue 112 a Brescia: spunti di riflessione", Febbraio 2013, www.nue112.eu

G. Di Domenica, A. Aranyi, "Il dimensionamento delle Centrali Operative del 118: una riflessione." N&A Mensile Italiano del Soccorso, anno 22° Vol. 250 Novembre 2013, 24-27.

Società Italiana Sistema 118: "Criteri e Standard del Servizio 118", Allegato 1, luglio 2012.

G. Machado, J. Paris "PSAPs Organization in Europe", EUESW 2013.



Le cure domiciliari: un sistema in evoluzione

di Simonetta Di Meo*

Il contesto di riferimento

L'Allegato 1 "Linee evolutive del sistema socio-sanitario" della Deliberazione n° X/1185 del 20/12/2013 – Determinazioni in ordine alla gestione del servizio socio sanitario regionale per l'esercizio 2014, pone in risalto il tema della cronicità quale sfida che dovrà essere affrontata dal sistema. A fronte del miglioramento degli interventi di prevenzione, di diagnosi e di cura, si assiste ad un innalzamento della speranza e della qualità di vita, risultati certamente positivi che hanno, d'altra parte, generato un costante aumento di pazienti che soffrono di patologie croniche.

Come cita l'allegato "Oggi in Lombardia si registrano oltre 3 milioni di pazienti cronici, pari al 30% della popolazione: il trattamento di questi soggetti rappresenta però il 70% della spesa sanitaria relativa alle attività di ricovero e cura, di specialistica ambulatoriale ed ai consumi di farmaci. All'interno di questo gruppo di pazienti aumenta sempre più il numero delle persone in condizione di cronicità socio sanitaria (anziani non autosufficienti, persone con disabilità, persone affette da dipendenze da sostanze, etc),

stimabili in circa 600.000. (...) La tipologia dei bisogni derivanti da situazioni di cronicità richiede pertanto un cambio di paradigma: se il nostro modello di assistenza prevalente, tipico degli ospedali e del loro sistema di finanziamento, prevede l'erogazione di prestazioni, affrontare il tema della cronicità richiede invece modelli centrati su una nuova modalità di presa in carico integrata della persona, che garantisca una continuità di assistenza tra servizi territoriali e servizi specialistici ospedalieri e percorsi di cura o di accesso ai servizi sanitari e socio sanitari".

Per quanto riguarda la rete territoriale, viene sottolineato come sia necessario promuovere e sostenere una «cultura» dell'assistenza territoriale basata sui principi di prossimità, presa in carico e continuità assistenziale.

Il contesto locale

Contestualizzando i dati al territorio dell'ASL di Brescia, la Banca Dati Assistiti 2012 (sistema di monitoraggio avviato nel 2003 che consente l'individuazione di una serie di patologie croniche, partendo dall'analisi integrata degli

archivi a disposizione dell'ASL) evidenzia come, in termini demografici, nel periodo 2003-2012, la popolazione totale ha subito un incremento medio annuo dell'1,5% (da 1.048.006 a 1.193.861 pari a un +13,2% complessivo).

L'aumento si è registrato in tutte le classi d'età, ed è stato particolarmente rilevante per gli ultra74enni che, con un +3,3% annuo, sono passati da 85.442 a 114.591. Ancor più evidenti l'incremento del numero dei grandi anziani (85 anni e oltre) che da 20.477 sono passati a 34.454 (+68,5% nell'intero periodo).

Da un punto di vista epidemiologico nello stesso arco temporale (2003-2012) si è registrato un aumento medio annuo dell'1,7% degli assistiti presi in carico per patologie croniche: erano 251,8/1.000 nel 2003 e sono diventati 291,7/1.000 nel 2012. In termini assoluti l'aumento è stato ancora più rilevante, pari al 3,1% annuo (da 263.936 a 348.237 assistiti).

L'assistenza domiciliare integrata (ADI)

Il processo di riforma complessiva degli interventi a sostegno della domiciliarità ricomprende un nuovo modello di valutazione dell'utente fragile e nuovi criteri per l'accreditamento degli Enti Erogatori ADI.

L'ADI si colloca nella rete dei servizi socio-sanitari e garantisce, sulla base di un piano assistenziale individualizzato (PAI), varie tipologie di prestazioni a domicilio mirate alla cura ed all'assistenza della persona di qualunque età, malata o compromessa nell'autonomia, con il fine di permetterle di continuare a vivere nella propria abitazione.

Negli ultimi anni l'ADI ha subito un profondo cambiamento. Fino a 10 anni fa l'erogazione di questo servizio, garantito nel territorio regionale con diversi gradi di tutela e di protezione, era in capo esclusivamente alle ASL e solo a partire dal 1° luglio 2003 si sono inseriti enti erogatori esterni, al fine di consentire la libera scelta del cittadino utente, e sono stati valorizzati economicamente i profili assistenziali (credit per le prestazioni esclusivamente sanitarie e voucher per le prestazioni socio sanitarie). In Regione Lombardia, a fronte delle comuni indicazioni normative, si sono sviluppati modelli diversi, anche in funzione dei differenti approcci di valutazione del bisogno assistenziale.

Sulla scorta dei dati demografici ed epidemiologici sopracitati e della conseguente aumen-

tata attenzione alla domiciliarità prevista anche nel Piano sanitario regionale 2010-2014, nel dicembre 2011 la Regione ha avviato la sperimentazione di un nuovo modello di ADI in 6 ASL, basato sulla valutazione multidimensionale del bisogno della persona fragile da parte di specifiche équipe, quale condizione di accesso al servizio ADI (DGR 6 dicembre 2011 n° 2633). Successivamente la sperimentazione è stata estesa a tutte le ASL, accompagnata da un programma informatico (ADI SPER) in grado di correlare la valutazione del bisogno (natura del bisogno, complessità dell'intervento, intensità assistenziale e durata) con la definizione del profilo assistenziale dell'utente. In particolare sono previsti diversi profili (due profili prestazionali, quattro assistenziali e uno per le cure palliative) correlati a diversi importi economici (dai 12 euro per accesso del "profilo prestazionale prelievi" ai 1500 euro/mese per il "profilo ADI cure palliative").

Parallelamente, la Regione ha ridefinito i requisiti specifici a cui devono uniformarsi le unità di offerta per l'esercizio e l'accreditamento dell'assistenza domiciliare integrata (DGR IX/3541 del 30/05/2012). I criteri ricomprendono le figure professionali da garantire per l'erogazione dell'assistenza, i requisiti della sede dell'ente, l'orario di funzionamento della segreteria e del servizio, la documentazione assistenziale (disponibilità di protocolli, adozione del Fascicolo socio-assistenziale e sanitario, stesura del Piano di assistenza individuale e del diario assistenziale), la disponibilità di materia-



le sanitario, presidi, divise e adeguati mezzi di trasporto.

È inoltre prevista la continuità assistenziale diurna 7 giorni su 7 (anche attraverso la reperibilità telefonica), l'individuazione di un *caremanager* a garanzia del coordinamento gestionale-organizzativo delle attività assistenziali e il rispetto di tempi massimi per la presa in carico degli utenti.

L'ADI è rivolta a tutte le persone, senza limitazioni di età o di reddito, in situazioni di fragilità, con perdita parziale o totale di autonomia transitoria o definitiva, che non sono in grado di accedere alle strutture ospedaliere o ambulatoriali per ricevere le prestazioni necessarie.

Concretamente, l'attivazione del servizio di cure domiciliari avviene a seguito di prescrizione del Medico di Medicina Generale/Pediatra di Famiglia, responsabile clinico dell'assistito, anche a seguito di dimissione protetta.

Solo dopo la valutazione dei bisogni dell'utente e l'assegnazione del voucher da parte dell'équipe di valutazione multidimensionale (Unità di Continuità Assistenziale Multidimensionale - UCAM - nell'ASL di Brescia) viene autorizzato l'avvio dell'ADI e l'utente sarà preso in carico dall'Ente liberamente scelto nell'ambito di un elenco riferito al territorio di residenza.

L'Ente Erogatore concorda con l'utente/famiglia il Piano di Assistenza Individuale (PAI) che potrà essere modificato durante il periodo di presa in carico a seguito di rivalutazione dell'UCAM.

L'ADI può essere erogata 7 giorni su 7, per tutti i giorni dell'anno.

Il servizio deve essere assicurato di norma entro 72 ore, ad eccezione delle urgenze segnalate dal medico/pediatra di famiglia, da garantirsi entro 24 ore.

Il Voucher consente di usufruire gratuitamente delle prestazioni di assistenza domiciliare socio-sanitaria previste dal PAI.

L'ADI nell'ASL di Brescia

L'ASL di Brescia vanta una consolidata tradizione nelle cure domiciliari e le équipe di valutazione multidimensionale (UCAM) sono attive da anni in tutti i distretti, a garanzia dell'adeguata valutazione dei bisogni dell'utente e della tempestiva attivazione dei servizi della rete territoriale (ADI, accessi ADI/Assistenza Domiciliare Programmata dei MMG/PdF, nutrizione

artificiale domiciliare, ventilazione, interventi psicologici, inserimenti nelle liste di attesa delle RSA e nei Centri diurni integrati, ...), in collaborazione con i Medici di Medicina Generale/Pediatra di Famiglia e con i servizi sociali comunali (per servizi quali i pasti a domicilio, il telesoccorso, l'igiene e l'aiuto domestico, i trasporti,...).

Nel 2013 sono stati valutati complessivamente 9.316 utenti, di cui 7.109 ultra 75enni e 116 utenti di età compresa tra gli 0 e i 14 anni; il 61,63% degli utenti è di genere femminile.

Le valutazioni sono state 18.515 (per attivazione servizi e rivalutazioni).

Ad oggi gli enti erogatori accreditati per le cure domiciliari sono 30, compreso l'ente erogatore ADI dell'ASL di Brescia.

Nel 2013 sono stati assistiti complessivamente 10.305 utenti in cure domiciliari con età media di 79,48 anni, per un totale di 118.356 accessi per i profili prestazionali e 139.913 accessi per profili ADI (di cui 95.640 realizzati da infermieri).

Sono dati non trascurabili, tenuto conto che ogni accesso prevede di raggiungere il domicilio dell'utente (e il nostro territorio presenta aree montane, area cittadina e pianura) e impegna ogni volta i professionisti ad un confronto con i diversi contesti ambientali, sociali e relazionali.

La dimissione protetta

Merita particolare attenzione, in questo contesto, il processo della dimissione protetta, fondamentale per garantire la continuità assistenziale alle persone fragili che necessitano di interventi assistenziali anche dopo la dimissione e un'adeguata relazione (educativa, di sostegno e accompagnamento) con le loro famiglie.

Perché possano essere attivate le cure domiciliari, la segnalazione all'UCAM deve giungere con almeno tre giorni lavorativi di preavviso (24 ore per i casi urgenti).

Ciò richiede che già al momento del ricovero vengano identificate le persone per le quali si rende necessaria la pianificazione della dimissione, come previsto dal Protocollo per le dimissioni/ammissioni protette ospedale-territorio, sottoscritto da tutte le strutture di ricovero e cura presenti nel territorio dell'ASL di Brescia, aggiornato nel 2012. E, al di là degli accordi, sono proprio la competenza e l'attenzione degli

infermieri che assistono le persone ricoverate che possono fare la differenza nell'esperienza di malattia e di vita di un malato fragile e della sua famiglia.

In particolare, per le persone che necessitano di cure palliative, la tempestiva segnalazione (per la quale è previsto un nuovo modulo adottato dal Dipartimento interaziendale per le cure palliative dell'ASL di Brescia), può fortemente condizionare la qualità di vita e di fine vita.

Nel percorso non va certamente dimenticata l'appropriatezza delle segnalazioni perché, in presenza di risorse definite, è importante destinarle alle persone che ne hanno reale necessità.

Altre misure a sostegno della fragilità

La Regione Lombardia ha istituito, nel corrente anno, il Fondo regionale a favore della famiglia e dei suoi componenti fragili, attraverso il quale sono promossi interventi, anche di natura economica, mediante l'erogazione di:

- buoni per compensare economicamente le prestazioni di cura che vengono rese dai familiari, oppure da personale regolarmente assunto per persone con gravi e gravissime disabilità
- voucher sociosanitari per ricevere prestazioni a casa, presso strutture residenziali (anche per periodi di sollievo della famiglia) o ambulatoriali. La valutazione delle persone che presentano la domanda per l'accesso ai contributi è

BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

DGR Regione Lombardia N° X/1185 del 20.12./013
“Determinazioni in ordine alla gestione del servizio socio sanitario regionale per l'esercizio 2014”

DGR Regione Lombardia N° 2633 del 6.12.2011
“Determinazioni in ordine alla sperimentazione di un nuovo modello di valutazione del bisogno per l'assistenza domiciliare integrata”

DCR Regione Lombardia N° 88 del 17.11.2010
“Piano Socio Sanitario Regionale 2010-2014”

La presa in carico dei malati cronici nell'ASL di Brescia: monitoraggio BDA 2012 (ottobre 2013)

Decreto ASL Brescia n° 505 del 17 ottobre 2013
“Recepimento del documento “Modello organizzativo della rete delle cure palliative dell'ASL di Brescia”

DGR Regione Lombardia N° X/740 del 27.09.2013
Approvazione del programma operativo regionale in

sempre a carico dell'UCAM e dei servizi sociali di riferimento, che predispongono uno specifico progetto di assistenza individualizzato.

Conclusioni

Appare evidente la complessità del contesto e, in attesa degli obiettivi regionali per l'anno 2014, si profilano già alcune ulteriori novità legate al processo di valutazione degli utenti per l'accesso alle cure domiciliari.

Quanto descritto è solo una parte dell'articolato mondo territoriale che è coinvolto in importanti cambiamenti nei diversi settori che lo compongono (le cure primarie e la medicina generale, le esperienze di infermieri di famiglia o di Comunità, le cure intermedie e le Comunità residenziali, le farmacie, ...), a cui si affiancano i progetti e i percorsi di promozione della salute e di promozione di sani stili di vita, a pieno titolo riconosciuti efficaci nella prevenzione delle malattie croniche e delle relative complicanze.

Il ri-orientamento delle politiche sanitarie verso il territorio è un percorso in atto e coinvolge fortemente gli infermieri, ai diversi livelli di responsabilità e nei diversi contesti di lavoro. È una sfida che, insieme agli altri professionisti, siamo chiamati ad affrontare e rispetto alla quale possiamo e dobbiamo garantire un insostituibile contributo.

* *Infermiere. Dirigente SITRA ASL Brescia*

materia di gravi e gravissime disabilità di cui al fondo nazionale per le non autosufficienze anno 2013 e alla DGR 2 agosto 2013, n. 590. Determinazioni conseguenti

DGR Regione Lombardia N° 856 del 25.10.2013
“Interventi a sostegno della famiglia e dei suoi componenti fragili ai sensi della DGR n. 116/2013” e successiva Circolare 1 del 15.01.2014

Protocollo per le dimissioni e ammissioni protette ospedale territorio – ASL Brescia Ottobre 2012 (www.aslbrescia.it -> area operatori -> professioni sanitarie -> infermieri)

“Le cure domiciliari in Regione Lombardia: analisi comparata dei modelli organizzativi adottati dalle aziende sanitarie locali dall'introduzione del voucher socio-sanitario” Tesi di Laurea magistrale a cura di Simonetta Di Meo, M. Giovanna Giussani, M. Antonia Mosconi
www.aslbrescia.it

L'Infermiere di Famiglia e di Comunità: una proposta per lo sviluppo delle cure primarie

di Paola Obbia*, Ginetto Menarello**
e Claudio Maddalena***



Abstract

Nell'attuale scenario demografico ed epidemiologico e a fronte della crisi economica, lo sviluppo delle cure primarie si impone con urgente necessità.

Nella proposta dell'OMS Europa l'obiettivo numero quindici del documento programmatico Salute 21, prevede l'inserimento di un nuovo ruolo infermieristico in supporto al Medico di Medicina Generale. L'infermiere potrebbe favorire l'integrazione delle cure, agevolare i cittadini e contribuire a contenere i costi, come la letteratura sul case management infermieristico dimostra.

Mentre in altri paesi sono già da tempo a regime riforme legislative e formative che recepiscono tale proposta, in Italia si stanno solo ora muovendo i primi passi e con grande fatica.

Parole chiave

Transizione epidemiologica, crisi economica, cure primarie, infermieristica di famiglia e di Comunità.

*“Un adeguato sistema di cure primarie è il mezzo più importante per promuovere in senso globale il miglioramento delle condizioni di vita delle popolazioni del mondo....per quelle più povere, ma anche per quelle appartenenti agli stati ricchi... (Amartya Kumar Sen Nobel per l'economia 1998)”.*¹

Le cure primarie, proposte come concetto forte dalla Conferenza di Alma Ata nel 1978, sono alla base del sogno di estendere la tutela della salute, ma, nonostante il rilancio proposto nel 2008 dalla Conferenza di Ginevra dell'OMS Europa,

dal titolo “Primary care, now more than ever”, rimangono sottostimate a livello di progettualità organizzativa.

Il rapporto sulla salute nel mondo rileva che, a 30 anni da Alma Ata, le risposte dei sistemi sanitari sono state inadeguate all'evoluzione dei problemi di salute e incapaci di anticipare soluzioni appropriate. Nelle scelte politiche si è posto un accento eccessivo sulle cure specialistiche e la lotta alla malattia, con orientamento a risultati a breve termine e frammentazione delle prestazioni dei servizi di gestione dei sistemi (OMS, 2008).²

Barbara Starfield ha dimostrato che Servizi sanitari con all'interno “forti” sistemi di cure primarie sono associati a una migliore salute della popolazione, garantiscono una più equa distribuzione delle risorse e che più forti sono le cure primarie più bassi sono i costi.³

Una riforma in Italia pare necessaria, in virtù dei bisogni di salute mutati negli ultimi decenni, della transizione demografica ed epidemiologica, che riguarda non solo l'invecchiamento della popolazione italiana e l'aumento delle patologie croniche degenerative, ma anche i rischi di nuove epidemie e le sfide di salute pubblica che la recente crisi sta facendo emergere.

In Grecia, i primi effetti documentati sulla salute dei tagli economici, parlano di un aumento della mortalità infantile, dell'AIDS, della tubercolosi e delle morti tra gli anziani.

La capacità di sviluppare nuovi modelli per rendere l'assistenza sanitaria centrata sul paziente e più mirata alla prevenzione per renderli resilienti alle crisi, sicuri e sostenibili, passa attraverso il riconoscimento che il sistema non può essere

basato su un unico attore quale porta d'ingresso a cui vengono attribuiti tutti i compiti, anche quelli che non appartengono al suo specifico professionale. Da questa considerazione nasce la proposta lungimirante del documento "Health 21" dell'OMS Regione Europea nel 1999.⁴

Dall'analisi dei determinanti di salute e delle tendenze demografiche, epidemiologiche ed economiche, la cornice programmatica per la considerazione della salute in tutte le politiche, elenca i 21 obiettivi essenziali per raggiungere livelli di benessere oggi auspicabili in Europa, e non più garantiti.

L'obiettivo numero 15 "Un settore integrato per le cure" introduce per la prima volta la figura dell'Infermiere di Famiglia, evidenziando il bisogno di maggiore integrazione nelle cure, con forte enfasi sulle cure primarie e sul ruolo chiave dell'infermiere come primo punto di contatto con la popolazione, in stretta collaborazione con il medico di medicina generale.

Salute 21 sottolinea che la famiglia (ambiente domestico) è l'unità di base della società e prevede che l'Infermiere di Famiglia sia responsabile di un gruppo predefinito di famiglie in modo globale, sia per gli aspetti fisici che psico-sociali.

La missione affidata all'Infermiere di Famiglia e di Comunità è la gestione del processo assistenziale, l'analisi dei bisogni di salute della famiglia e della Comunità, la garanzia della continuità assistenziale, la promozione della salute, l'attività di ricerca e di consulenza; un ruolo nuovo che può contribuire in modo significativo al raggiungimento degli obiettivi individuati. È anche richiesta la capacità di identificare i fattori socio-economici che influenzano la salute e la malattia, lavorando a stretto contatto e collaborando con gli altri servizi di cura e assistenza, poiché l'integrazione non si realizza sulla carta, ma attraverso il contatto con i cittadini e i sistemi sanitari gestiti da un operatore di riferimento⁵.

L'Infermiere di Famiglia e di Comunità rappresenta l'evoluzione di funzioni professionali già svolte per la salute della collettività che il mutamento dei bisogni socio-sanitari dei cittadini rende necessaria per la qualità delle cure e la sostenibilità.

Molti infermieri operano con diversi ruoli nelle cure primarie, ma la novità sta nella proattività e nell'estensione dell'assistenza alle famiglie e alle Comunità.^{6,7}

Gli interventi basati sull'infermiere case manager sono ampiamente descritti nella letteratura internazionale quali efficaci ed efficienti⁸, con conseguenti significative riduzioni di costi ge-

nerali per la collettività⁹, riduzione dei ricoveri ospedalieri e degli eventi di riacutizzazione di malattia nelle persone assistite affette da patologie cronico degenerative, del rischio di cadute nella popolazione anziana¹⁰, maggior aderenza ai regimi terapeutici¹¹, e una maggior consapevolezza e partecipazione attiva nei percorsi di cura/assistenza.^{12,13}

L'OCSE (Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico) ha più volte rilevato come il processo di "skill mix" sia ormai consolidato in molti paesi.^{14,15}

Coniugando il sapere prettamente tecnico scientifico al sapere relazionale e conoscendo l'offerta di servizi socio sanitari disponibili sul territorio, molto spesso vasta, articolata ma misconosciuta dalla popolazione, l'Infermiere di Famiglia e Comunità è in grado di rilevare i bisogni noti e non, proporre soluzioni, supportare le famiglie nelle scelte e nei processi decisionali, cercando di renderle il più possibile autonome nel gestire la propria condizione, evitare il fenomeno di burnout, spesso causa di istituzionalizzazione.

La formazione specialistica in Italia

L'Infermiere di Famiglia ricopre un ruolo ben strutturato nel sistema sanitario statunitense e canadese, riconosciuto in ambito accademico con laurea magistrale già dagli anni 70 del secolo scorso. Anche paesi quali la Thailandia, il Botswana, Australia, Nuova Zelanda, Finlandia hanno una storia decennale da raccontare.

Nel nostro paese, invece, la figura dell'Infermiere di Famiglia stenta ed essere riconosciuta ed inserita all'interno dei relativi contesti sanitari.

Un chiaro esempio di resistenza verso il ruolo è la differenza tra la relazione tecnica del documento sul riconoscimento delle specializzazioni infermieristiche in cui l'area individuata quale "cure primarie/ Infermiere di Comunità-Famiglia" è stata mutata nel documento sottoposto alla firma in "cure primarie/ servizi territoriali - distrettuali", andando a descrivere un modello organizzativo locale e non una specializzazione riconosciuta nel panorama internazionale e proposta dall'OMS Europa. Negli ultimi dieci anni alcune università hanno istituito corsi di master di primo livello in infermieristica di famiglia e di Comunità, capostipite l'Università degli Studi di Torino.

Attualmente sono presenti master di specializzazione anche presso l'Università di Novara, Pavia, Pisa, Bari e Napoli.

Il percorso formativo offerto dall'Università di

Torino si è caratterizzato negli anni per la struttura interdipartimentale tra la scuola di medicina e quella di psicologia, il forte collegamento con le associazioni dei cittadini presenti sul territorio e il confronto costante con altre contesti europei, in particolar modo la Scozia, la Francia e la Spagna. Nel 2011 e nel 2013 alcuni studenti hanno partecipato alle conferenze internazionali dell'International Family Nursing Association a Kyoto e a Minneapolis. Recentemente si è inserita la teleassistenza nel programma di studio, data la rilevante importanza che avrà nel futuro per lo sviluppo sostenibile delle cure primarie.

La formazione specialistica non ha però attualmente nessun riconoscimento nelle aziende sanitarie.

Un patrimonio di sapere infermieristico, non solo specialistico, sottoutilizzato e disperso, per sottostare alla logica prestazionale che non si adatta più allo scenario attuale, con conseguenze negative sia per i cittadini, sia per i professionisti, spesso demotivati e in burn-out "organizzativo".

L'Infermiere di Famiglia e di Comunità in Spagna

Il modello di cure primarie attuato in Spagna prevede che i cittadini scelgano il proprio medico di famiglia e il proprio Infermiere di Famiglia, che in genere ha in carico circa 1500 utenti. L'investimento in promozione della salute ed educazione a livello individuale e di gruppo è molto alto.

Gli utenti si rivolgono liberamente al proprio infermiere per problemi assistenziali e il consulto con il medico è attivato in caso di necessità. Molte piccole attività diagnostiche di rilevante importanza preventiva, quali ad esempio la spirometria per i pazienti con BPCO o l'analisi del fondo dell'occhio per i pazienti diabetici, sono gestite autonomamente dagli infermieri.

La riforma della formazione nel 2010 ha portato a quattro anni la laurea base introducendo sette specializzazioni. Per l'Infermieristica di Famiglia e di Comunità sono previsti due anni residenziali retribuiti, in cui molti momenti formativi sono in condivisione con i medici specializzandi in medicina di famiglia.

Questa modalità è fondamentale per la reciproca conoscenza delle aree di competenza specifiche e trans professionali, consentendo una effettiva integrazione e collaborazione. I sistemi informatici sono un supporto disponibile a tutti e il fascicolo elettronico sanitario unico è realtà da molti anni.

I primi passi dell'infermiere di famiglia in Italia

In Italia in regioni quali Friuli Venezia Giulia, Emilia Romagna, Puglia, Toscana e Valle d'Aosta, si stanno sperimentando modelli assistenziali nelle cure primarie nei quali viene riconosciuto ufficialmente l'apporto infermieristico.

Due proposte di legge sono state presentate, una in Regione Sicilia e l'altra in Regione Lazio, per l'istituzione e il riconoscimento del ruolo dell'Infermiere di Famiglia e di Comunità.

In Lombardia, è in corso di elaborazione da parte dei Collegi IP.AS.VI. una proposta di dialogo istituzionale per trovare nuove soluzioni per il benessere dei cittadini.

Un riconoscimento a livello europeo è arrivato alla regione Piemonte, inserita tra i Refence Site del progetto europeo sull'invecchiamento sano e attivo, European Innovative Partnership on Active and Healthy Ageing, in virtù della presenza consolidata del programma di specializzazione in Infermieristica di Famiglia e di Comunità. Questo è stato lo stimolo per partecipare al bando di ricerca Horizon 2020 proponendo un ampio studio sulla presa in carico da parte di infermieri dedicati di cittadini che hanno raggiunto i 65 anni di età, costruendo un partenariato con altri sei stati europei. La ricerca promossa dal Centro di Eccellenza per la Ricerca Infermieristica dell'IP.AS.VI. di Roma sull'Infermiere di Famiglia e di Comunità ha ottenuto recentemente un finanziamento da parte del Ministero della Salute.

Il percorso è in evoluzione, ma si stanno comunque raccogliendo i primi segnali significativi in merito, ed una forte spinta verso le cure primarie viene sempre più sollecitata a tutti i livelli istituzionali nazionali ed internazionali.

Indubbiamente, anche a fronte di una scelta politica che riconosca il ritorno economico e di benessere per i cittadini che l'Infermiere di Famiglia può generare nel suo ruolo di consulente per la valutazione dei bisogni e l'integrazione delle cure, ci si dovrà confrontare con resistenze al cambiamento non solo interprofessionali, ma anche intraprofessionali.

Come scrive Silvia Marcadelli nella sua analisi sociologica, "nonostante il percorso per il riconoscimento dell'autonomia, anche all'interno della professione infermieristica vi sono correnti di pensiero, che si traducono in modalità organizzative ed operative, che non ne promuovono il pieno raggiungimento. Vi sono diversi orientamenti e diverse proposte per l'istituzione della

figura e qualche rappresentante della professione ritiene che l'Infermiere di Famiglia non debba essere un professionista con autonomia organizzativa e operativa e che vada assolutamente inserito in ambiti organizzativi definiti e controllati da una forma di gerarchica infermieristica (Direzione Servizio Infermieristico). Ciò che invece qui si propone è l'istituzione di una figura che, come il medico di medicina generale, abbia un rapporto diretto con gli assistiti che scelgono il professionista sulla base di un rapporto di fiducia che deve essere creato, sviluppato e mantenuto.”¹⁶

Per sostenere il modello adottato in Spagna, nel 2009 è nata l'Aifec (Associazione Infermieri di Famiglia e Comunità) con l'obiettivo di promuovere e sviluppare i principi dell'assistenza sanitaria primaria basata sulla centralità del cittadino, l'ottimizzazione delle risorse economiche disponibili e la qualità degli interventi, nonché promuovere e incoraggiare gli infermieri che lavorano nell'assistenza primaria, sia in possesso di laurea triennale, sia specializzati con formazione post-base in Infermieristica di Famiglia e di Comunità, sostenerli nell'attività di ricerca per l'evoluzione dell'assistenza sanitaria di base per l'individuo, la famiglia, la Comunità. L'associazione condivide il pensiero espresso più di cento

anni fa da Florence Nightingale: l'assistenza infermieristica “basata sull'assegnazione ad un singolo infermiere ben preparato di un gruppo di pazienti in cui lo stesso si occupa complessivamente dei problemi relativi alla salute e all'igiene e fornisce supporto alla famiglia”.¹⁷

Il percorso di collaborazione iniziato con le società scientifiche dei Medici di Medicina Generale, i colleghi professionali e i sindacati di categoria per presentare il ruolo senza generare paure e barriere, ci fa sperare che un vento di rinnovamento possa aprire nuovi sipari, consoni alla realtà attuale e allo sviluppo di un modello di cure primarie centrato sul benessere dei cittadini che riconosca il contributo dell'Infermiere di Famiglia e di Comunità.

* *AIFeC Associazione Infermieri di Famiglia e di Comunità, Docente del corso “Infermieristica preventiva e di Comunità” Università degli Studi di Torino*

** *Docente del Master di Primo Livello in Infermieristica di Famiglia e di Comunità Università degli Studi di Torino*

*** *Studente del Master di Primo Livello in Infermieristica di Famiglia e di Comunità Università degli Studi di Torino*

BIBLIOGRAFIA

- 1 Sen a. “Lo sviluppo è libertà” Ed. Mondadori Milano 2003
- 2 The World Health Report 2008 - primary Health Care (Now More Than Ever) www.who.int/whr/2008/en/
- 3 Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Q* 2005;83:457-502
- 4 World Health Organization Regional Office for Europe. HEALTH21: An Introduction to the Health for All Policy Framework for the World Health organization
- 5 The family health nurse context, conceptual framework and curriculum World Health Organization – 2000
- 6 Beland F, Hollander M, Integrated models of care delivery for the frail elderly: international perspectives, *Gac Sanit*.2011;25(S):138–146
- 7 Ferré-Grau C, Sevilla-Casado M, Lleixà-Fortuño M, et al. Effectiveness of problem-solving technique in caring for family caregivers: a clinical trial study in an urban area of Catalonia (Spain). *Journal of Clinical Nursing*, 2014 Jan; 23 (1/2): 288-95.
- 8 Tappenden P, Campbell F, Rawdin A et al. The clinical effectiveness and cost effectiveness of home-based, nurse-led health promotion for older people: a systematic review *Health Technology Assessment* 2012; Vol. 16: No. 20 ISSN 1366-5278
- 9 Lluich M, Incentives for telehealthcare deployment that support integrated care: a comparative analysis across eight European Countries *International Journal of Integrated Care* 2013; Oct–Dec; URN:NBN:NL:UI:10-1-114750 Volume 13, 4 November 2013 <http://www.ijic.org>
- 10 McClure RJ et al. Population-based interventions for the prevention of fall-related injuries in older people. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2005, Issue 1
- 11 Il Sun Ko, TaeHwa Lee, Gwang Suk Kim, SeWon Kang, and Mi Ja Kim. Effects of Visiting Nurses' Individually Tailored Education for Low-Income Adult Diabetic Patients in Korea, 2011, *Public Health Nursing* Vol. 28 No. 5, pp. 429–437
- 12 Joo JY, Huber DL. An integrative review of nurse-led community-based case management effectiveness. *International Nursing Review*, 2014 Mar; 61 (1): 14-24
- 13 Jonker AAGC, Comijs HC, Knipscheer KCPM, Deeg DJH. Promotion of self-management in vulnerable older people: a narrative literature review of outcomes of the Chronic Disease Self-Management Program (CDSMP). *Eur J Ageing* (2009) 6:303–314
- 14 Nurses - Health at a Glance: Europe 2012 - OECD iLibrary www.oecd-ilibrary.org/...europe.../nurses_9789264183896-30-en
- 15 Nurses in Advanced Roles - Papers - OECD iLibrary www.oecd-ilibrary.org/.../nurses-in-advanced-roles_5kmbrcfms5g7-en
- 16 S. Marcadelli Tesi del corso di specializzazione post-laurea in “Sociologia sanitaria” L'Infermiere di Famiglia
- 17 Florence Nightingale on Public Health Care: Collected Works of Florence www.sociology.uoguelph.com

Infermiere Case Manager in una Struttura Riabilitativa: un'esperienza

di Mariangela Ambrosini, Emanuela Lupatini, Luisa Pelizzari,
Carolina Pontoglio, Giovanna Riva, Valbona Zani*

Il Centro Riabilitativo “E. Spalenza” è accreditato col SSN per il trattamento in regime di ricovero ordinario, ambulatoriale e per l'attività di diagnostica per immagini; è inoltre accreditato per l'attività ambulatoriale specialistica ex art. 26.

Il Centro dispone di 110 posti letto di Riabilitazione Specialistica, 10 posti letto di Riabilitazione Generale Geriatrica e 10 posti letto di Cure Subacute.

L'attività riabilitativa svolta ogni giorno dagli operatori del Centro di Riabilitazione “E. Spalenza” è stata pensata con il presupposto imprescindibile di “mettere il paziente al centro del proprio agire” e con l'obiettivo primario di farsi carico nel modo più completo ed esaustivo di tutti i bisogni del paziente considerando la persona nella sua complessità,

Il primo passo per potersi far carico di tutti i bisogni del paziente consiste nel lavorare in équipe: l'operare nell'ambito della medicina riabilitativa rappresenta uno dei più tipici esempi di lavoro di gruppo multiprofessionale, proprio con lo scopo di mettere a disposizione del paziente tutte le diverse professionalità che la struttura offre. Definiamo dunque come gruppo un insieme di operatori sanitari, che con professionalità e ruoli differenti, condividono valori comuni e

interagiscono per il conseguimento di un obiettivo comune.

Il Team riabilitativo del Centro è costituito da varie figure professionali (medico fisiatra, medico internista, infermiere, operatore socio sanitario, terapeuta della riabilitazione,) che ruotano attorno al paziente e danno risposta ai suoi bisogni di tipo clinico, assistenziale e riabilitativo.

All'interno del Team gioca un ruolo fondamentale la figura dell'Infermiere Case Manager (ICM) che garantisce continuità relazionale, comunicativa e assistenziale.

Tale figura è stata inserita nell'organizzazione circa sette anni or sono.

All'interno del Centro ci sono sei ICM, ognuno dei quali ha in carico venti pazienti.

Il paziente candidato al ricovero presso il nostro Centro Riabilitativo viene assegnato ad uno dei tre settori (alta, media e bassa intensità) sulla base della situazione clinica, del carico assistenziale infermieristico richiesto e del grado di autonomia della persona.



Il paziente, al momento dell'accesso presso la Struttura, viene indirizzato immediatamente verso il reparto assegnatogli dove viene accolto dall'ICM, che provvede alle pratiche di accoglienza e si presenta al paziente e ai familiari come l'operatore di riferimento. Al momento dell'accettazione l'infermiere case manager fornisce informazioni sull'organizzazione della Struttura e provvede alla valutazione socio assistenziale: raccoglie i dati anagrafici, i dati relativi alla situazione sociale, alla situazione precedente l'evento acuto, a problemi generali del nucleo familiare, ad eventuali problematiche assistenziali o eventuale presenza di barriere architettoniche presso il domicilio del paziente (nella prospettiva del rientro al domicilio).

Al termine della valutazione socio-assistenziale, l'ICM stende il Piano Assistenziale Infermieristico (PAI), attraverso il quale le informazioni raccolte vengono trasferite al personale coinvolto direttamente nell'assistenza sul paziente (infermieri ed OSS).

L'esperienza di questi sette anni ha portato alla scelta di introdurre in cartella clinica, tra le altre scale di valutazione, il Blaylock Risk Assessment Screening (Indice di BRASS)¹ che, somministrata all'ingresso, permette di identificare precocemente i pazienti a rischio di dimissioni difficili per problematiche sanitarie, socio-economiche o assistenziali, per i quali l'ICM si attiva al fine di garantire un percorso che accompagni e sostenga il paziente e la famiglia (vedi figura 1).

L'ICM, quindi, identifica e gestisce i momenti fondamentali della "presa in carico" del paziente.

Il giorno successivo all'ingresso del paziente, l'ICM programma una prima riunione con gli altri componenti del Team (prima riunione di Team), dove viene valutato il caso congiuntamente e vengono predisposti il progetto ed il programma riabilitativo, esplicitandone gli obiettivi riabilitativi. Viene quindi concordato un colloquio con la famiglia per la condivisione degli obiettivi stessi e la valutazione d'insieme del "caso".

In questo modo l'ICM segue il paziente nella sua globalità e rimane il punto di riferimento anche per gli altri operatori.

La caratteristica che lo contraddistingue è la

capacità di identificare immediatamente i casi in cui agire tempestivamente, attivando la rete dei servizi al fine di pianificare la dimissione protetta, compilando l'apposita modulistica presente in cartella. Si fa carico di contattare il distretto Asl di riferimento del paziente, presentando il caso e fornendo, in un secondo momento, la documentazione richiesta (apposita modulistica fornita dall'Asl completa di tutte le informazioni medico-assistenziali).

Sulla base delle informazioni raccolte durante l'attività di monitoraggio svolta quotidianamente sul paziente e delle informazioni raccolte durante il briefing (con medici ed infermieri), l'ICM provvede all'aggiornamento del Piano Assistenziale Individualizzato (PAI). In tal modo, durante le riunioni di Team ed i colloqui con la famiglia, l'ICM è in grado di condividere problemi, aspettative, paure, necessità ed identificare la collocazione ed il percorso più idonei per il paziente dopo la dimissione: rientro al domicilio con eventuale attivazione di vari servizi territoriali (ADI, SAD, CDI...), inserimento in RSA o RSD, attivazione di un percorso MAC o altro percorso riabilitativo ambulatoriale.

Altro ruolo fondamentale svolto dall'ICM riguarda l'educazione sanitaria e l'addestramento del familiare/caregiver relativamente alla gestione di farmaci/presidi/ausili (ad esempio gestione della PEG, delle cannule tracheostomiche, di aspiratori, di ventilatori, gestione di stomie, assunzione della terapia insulinica) e relativamente alle procedure amministrativo-burocratiche da intraprendere per il riconoscimento di pensioni di invalidità, assegni di accompagnamento, voucher.

Il lavoro dell'ICM spesso non si limita solo al periodo di ricovero, ma il supporto al paziente, ai familiari ed agli operatori della rete prosegue anche nel periodo post ricovero, attraverso contatti telefonici.

L'esperienza di questi sette anni ha contribuito alla crescita professionale e umana delle ICM, sensibilizzandole ad una visione che va oltre le mura ospedaliere.

* *Infermiere. Centro Riabilitativo "E. Spalenza" Rovato Fondazione Don Carlo Gnocchi Onlus*

1 Mistiaen P1, Duijnhouwer E, Prins-Hoekstra A, Ros W, Blaylock A. Predictive validity of the BRASS index in screening patients with post-discharge problems. *Blaylock Risk Assessment Screening Score*. J Adv Nurs. 1999 Nov;30(5):1050-6.

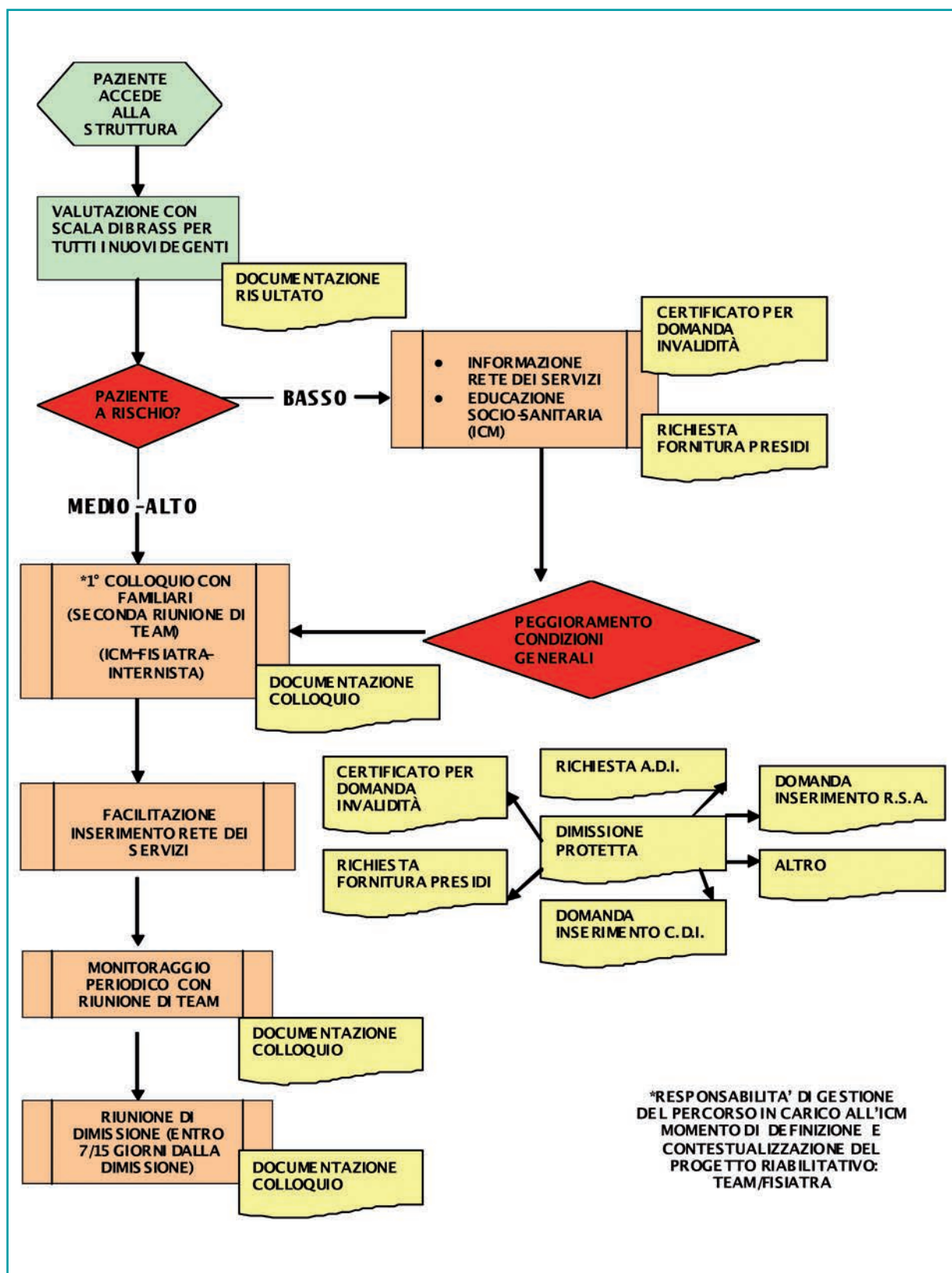


Figura 1 - Algoritmo di gestione delle dimissioni difficili

Lo studio medico: la nuova frontiera dell'autonomia professionale

di Roberto Ferrari*

Premessa a cura della Redazione

La presenza degli infermieri presso gli Studi, singoli o associati dei Medici di Medicina Generale (MMG), è ancora sporadica: dai dati forniti dall'ASL di Brescia su 725 MMG si avvalgono dell'infermiere in 146 (pari al 20%). Più numerosa la presenza degli infermieri e degli assistenti sanitari presso gli studi dei Pediatri di Libera Scelta (PLS): dei 133 PLS dell'ASL di Brescia, 74 (pari al 56%) si avvale della collaborazione di personale infermieristico.

Nella ricerca condotta dal nostro Collegio in collaborazione con l'Ordine dei Medici della provincia di Brescia nel 2010 emerge che i MMG che si avvalgono dell'infermiere offrono un numero maggiore di servizi ai cittadini che sono complessivamente soddisfatti della presenza dell'infermiere nello studio del loro medico di famiglia. Altrettanto soddisfatto si dichiara l'80% degli infermieri che riteneva di poter operare in piena autonomia (62%) e collaborazione con i MMG.

L'auspicata riforma delle cure primarie (si veda a tal proposito l'articolo di Obbia e colleghi pubblicato in questo numero) come già avvenuto in altri paesi e in alcune regioni italiane, potrebbe portare ad una presenza significativa di infermieri che operano in sinergia con i medici ed i pediatri. Abbiamo chiesto a Roberto Ferrari, Coordinatore del gruppo Giovani Infermieri IP.AS.VI. Brescia, di raccontarci la sua esperienza.

È il presidio sanitario del territorio per eccellenza, un luogo dove un po' tutti ci siamo recati, più o meno spesso.

Dall'esterno tuttavia l'immagine dello studio del medico di Medicina Generale risulta piuttosto nebulosa, sia per l'utenza generale, ma anche per una parte non trascurabile dei professionisti sanitari.

Quando mi confronto con i colleghi sulle mie esperienze negli studi medici, le domande che

mi sono poste sono le più semplici ma, insieme, denotano delle conoscenze poco chiare riguardo queste realtà. "Che cosa fai in ambulatorio? Rispondi al telefono? Consegni le ricette?". Si tratta di perplessità che mettono in luce un'idea piuttosto riduttiva, diffusa anche al di fuori della cerchia dell'utenza "laica", dello studio medico, il quale viene troppo spesso visto come un luogo di rapide diagnosi e di altrettanto rapide soluzioni diagnostico-terapeutiche, una sorta di "ricettificio" insomma.

La causa principale di una visione distorta di questo luogo fondamentale per il Sistema Sa-

nitario Nazionale, va a mio avviso ricercata in una sinergia negativa di cause endogene (ridotto appeal dovuto a scarse conoscenze della complessa realtà della Medicina Generale) ed esogene (la Medicina Generale sta iniziando ad adottare standard organizzativi di un certo livello solo da poco tempo).

L'attuale formazione universitaria inoltre, ancora troppo incentrata sull'ospedale per acuti e troppo poco proiettata sul territorio, non permette ai futuri colleghi di entrare in contatto con un ambito della nostra sanità, attualmente in rapida evoluzione e più complesso di quanto traspaia all'esterno.

E' però doveroso sottolineare che la ridotta comprensione di questa realtà non è confinata solo alla nostra professione. In questi ultimi anni anche la figura del Medico di Medicina Generale è stata oggetto di molte discussioni, interne ed esterne, e oggi subisce una sorta di compressione ad opera dalle strutture ospedaliere da una parte, viste dall'utenza come luoghi di cura per eccellenza, e dall'altra da una riorganizzazione delle cure primarie sul territorio di cui si parla da diversi anni, ma che è ancora rimasta solo sulla carta.

La nostra professione dal canto suo può giocare un ruolo fondamentale nel rilancio e nel funzionamento di queste realtà, essendo in grado di mettere in campo una serie di servizi che, in futuro, sarebbe opportuno potenziare ulteriormente, possibilmente in sinergia con le altre professioni sanitarie.

Per comprendere meglio quale potrebbe essere il nostro ruolo in questo processo di rilancio, è però opportuno mettere in evidenza i contorni della situazione attuale.

E' possibile per prima cosa creare una sorta di identikit dell'infermiere che opera in questo contesto.

I professionisti che operano negli studi medici sono numericamente pochi; spesso si tratta di liberi professionisti che esercitano in forma singola, con diversi anni di esperienza alle spalle (in alcuni casi addirittura in pensione) e che, per esigenze di carattere familiare o comunque extraprofessionale,

necessitano di un impegno lavorativo con un orario regolare quantitativamente ridotto.

Le aree principali in cui opera l'infermiere sono quella delle prestazioni assistenziali e quella del management di studio.

Per quanto riguarda la prima gli ambiti predominanti d'azione sono:

- il wound care: soprattutto medicazioni di ferite lacero-contuse, ferite chirurgiche, ulcere cutanee, ustioni lievi, o rimozione di punti di sutura;
- sostituzione di cateteri vescicali;
- somministrazione di vaccini;
- rilevazione dei parametri vitali;
- somministrazione di terapie intramuscolari ed endovenose.

Le attività legate al management di studio invece variano secondo la struttura organizzativa dello studio e comprendono l'organizzazione dell'agenda di appuntamenti del medico, la messa in nota delle prescrizioni di terapie, visite ed esami diagnostici. Le attitudini organizzative, insieme alle ormai indispensabili conoscenze informatiche, sono pertanto fondamentali per l'infermiere che opera in questi contesti.

La presenza dell'infermiere all'interno di uno studio medico può determinare sviluppi positivi per la professione. Personalmente ad esempio, avendo avuto la possibilità di lavorare all'interno di diverse realtà, ho potuto sperimentare due ambiti di autonomia professionale. Innanzitutto



l'autonomia operativa: sebbene l'infermiere si occupi di persone che gli sono state in precedenza segnalate dal medico, quest'ultimo gli affida frequentemente la gestione dei problemi legati all'assistenza (come la scelta delle modalità di intervento o dei materiali da utilizzare). Si tratta di una situazione che si verifica soprattutto nel wound care, ambito nel quale ho potuto constatare che il medico si affida ben volentieri all'expertise dell'infermiere.

Il secondo, e non meno importante ambito di autonomia è quello che ci viene riconosciuto dall'utenza, corroborato anche dal fatto non trascurabile che, salvo rari casi, l'infermiere riceve l'assistito in un proprio studio separato ed appositamente attrezzato e con una postazione informatica. Vorrei sottolineare che l'informatizzazione della cartella clinica può rappresentare un notevole punto di forza per uno studio medico, non solo perché consente di visualizzare e inserire in tempo reale una notevole mole di informazioni riguardanti l'assistito, ma anche perché permette di interagire in maniera più efficiente con i collaboratori di studio (segretarie/i) i quali, a loro volta, hanno la possibilità nel tempo di riconoscere nell'infermiere un punto di riferimento.

Oltre all'autonomia, un altro elemento positivo non trascurabile è la possibilità di fare un'autentica educazione terapeutica, soprattutto per le patologie croniche come il diabete e le broncopneumopatie.

La realtà degli studi medici tuttavia è ancora molto varia e per questo presenta anche alcuni problemi, legati principalmente a questioni organizzative. I contesti più piccoli, quelli cioè con pochi medici (o addirittura uno solo), che costituiscono ancora una realtà numericamente non trascurabile in cui purtroppo l'infermiere è costretto a ricoprire il ruolo di "tuttofare", sono inevitabilmente quelli più difficoltosi, non solo da punto di vista organizzativo, ma anche da quello della soddisfazione dell'utenza. In questi studi, che per forza di cose hanno anche meno risorse da mettere a disposizione dell'infermiere (presidi, strumentazione informatica, ma anche spazi adatti a offrire una prestazione con degli standard qualitativi adeguati), la relazione con l'assistito può risultare problematica.

Nelle realtà più grandi invece, in cui più medici

sono in grado di mettere in comune una maggiore quantità di risorse, solitamente il grado di soddisfazione dell'utenza è tangibilmente maggiore e ciò porta a ricadute positive sull'intero funzionamento dello studio. Da questo punto di vista la presenza di un collaboratore/collaboratrice di studio può essere di notevole aiuto; l'infermiere, infatti, può dedicare una quantità di tempo maggiore alle attività inerenti al profilo professionale delegando quelle di natura amministrativa ai collaboratori.

Per concludere si può dire che l'atteso passaggio alla medicina di iniziativa (già realtà in alcune regioni come la Toscana), renderà molto più interessante e proficua la collaborazione con i Medici di Medicina Generale, nel comune obiettivo di promuovere stili di vita sani, monitorare le persone con uno o più fattori di rischio (dislipidemia, ipertensione) e farsi carico delle persone affette da patologie croniche, per prevenire le complicanze e l'eccesso di disabilità.

In un sistema sanitario che si muove sempre di più verso il territorio, sarebbe opportuno reindirizzare una quantità maggiore di risorse verso gli studi medici, quali luoghi di prevenzione, diagnosi e cura ancora troppo poco valorizzati, considerate soprattutto le loro potenzialità nei tre ambiti appena citati, nell'ottica di un alleggerimento della pressione cui sono sottoposti gli ospedali.

La presenza dell'infermiere, che già rappresenta un punto di forza in termini di soddisfacimento di diversi bisogni assistenziali, andrebbe pertanto potenziata e valorizzata.

* *Infermiere libero professionista presso lo studio medico "Ghedi Medica" e la RSA Don Gaudenzio Martinazzoli di Capriolo*

Un nuovo modello a rete per le cure palliative

di Giovanni Zaninetta*

Il mutare del quadro demografico e l'aumento delle patologie croniche evolutive, insieme a una diversa e migliore consapevolezza dei bisogni assistenziali degli anziani e, più in generale, dei malati prossimi alla fine della vita, hanno messo in evidenza la necessità di migliorare sostanzialmente l'offerta di cure palliative.

La legge 38/2010 ha delineato il quadro generale e definito le caratteristiche necessarie delle cure palliative (oltre che della terapia del dolore): esse sono "l'insieme degli interventi terapeutici, diagnostici e assistenziali, rivolti sia alla persona malata sia al suo nucleo familiare, finalizzati alla cura attiva e totale dei pazienti la cui malattia di base, caratterizzata da un'inarrestabile evoluzione e da una prognosi infausta, non risponde più a trattamenti specifici" (art. 2 della Legge citata).

Gli anni successivi hanno prodotto i regolamenti attuativi della legge e, in seguito, i provvedimenti regionali conseguenti.

La Regione Lombardia con Deliberazione n. IX/4610 del 28/12/2012, in applicazione della legge 38/2010, ha fornito specifiche indicazioni in ordine alla rete delle cure palliative e alla rete della terapia del dolore.

Il provvedimento regionale interagisce con

una rete articolata e complessa, che vede la presenza di servizi sanitari e sociosanitari, territoriali, ospedalieri e residenziali, dedicati e non dedicati, in cui la continuità assistenziale, soprattutto nelle fasi di passaggio tra le diverse opzioni, presenta ancora notevoli margini di miglioramento.

Per rendere più razionali e fluidi i passaggi all'interno della rete, l'ASL di Brescia, attraverso il Dipartimento Interaziendale Funzionale per le Cure Palliative (DICP) creato nel febbraio 2013 ha elaborato, con la collaborazione più ampia di istituzioni pubbliche e private presenti nell'Assemblea del DICP, un "Modello organizzativo della rete delle cure palliative dell'ASL di Brescia", il cui testo integrale è reperibile in [http://www.aslbrescia.it/media/documenti/deliberazioni/2013/2013-](http://www.aslbrescia.it/media/documenti/deliberazioni/2013/2013-505-testo.PDF)

505-testo.PDF. In questo documento si sottolinea la centralità del



MMG/PLS nell'individuazione precoce del bisogno di cure palliative dei propri assistiti, il ruolo qualificato dell'infermiere quale componente indispensabile dell'équipe che eroga cure palliative a domicilio e la necessaria integrazione con le strutture di degenza, per una dimissione protetta per i malati che presentino bisogni di cure palliative, attraverso una tempestiva attivazione dei servizi che possano garantire, attraverso una adeguata presa in carico, la migliore qualità di vita del malato e della sua famiglia.

L'insieme di questi provvedimenti, completato

da una serie di incontri informativi rivolti a medici ed infermieri, presso le diverse strutture di degenza dell'ASL di Brescia, aventi come tema sia le cure palliative in generale sia il modello organizzativo proposto, dovrà avviare in maniera sistematica una risposta tempestiva ed efficace ai bisogni dei malati che si avvicinano alla fine della vita e delle loro famiglie.

* *Direttore U.O. Cure Palliative
Domus Salutis, Brescia
Coordinatore Dipartimento Interaziendale
Cure Palliative ASL di Brescia*

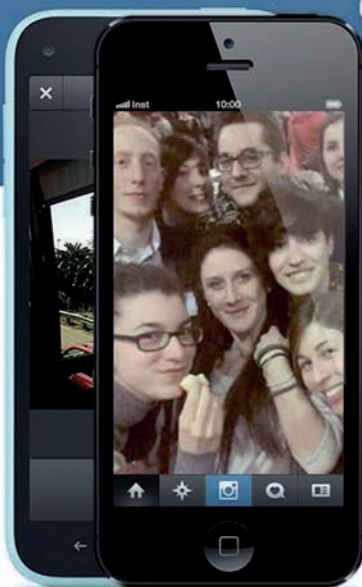
Il Collegio Ipasvi di Brescia ha partecipato attivamente, nel corso dell'anno 2013, ai lavori del Comitato di Dipartimento Interaziendale funzionale per le Cure Palliative (DIPC) costituito presso l'ASL di Brescia nel febbraio dello scorso anno. Obiettivo del gruppo di lavoro che ha elaborato e condiviso questo nuovo modello a rete per le cure palliative, è la presa in carico tempestiva e omogenea sul territorio dei malati di tutte le età (e delle loro famiglie) con necessità di cure palliative.

Nella nostra provincia i servizi coinvolti nella realizzazione delle cure palliative sono molteplici e operano da tempo, tuttavia non sempre quelli ospedalieri e quelli territoriali risultano del tutto integrati, specie nelle fasi di ammissione, dimissione o passaggio ad altre opzioni assistenziali.

Gli infermieri Ipasvi condividono pienamente che, pur persistendo ancora delle resistenze psicologiche e culturali -non solo dei famigliari- nell'affrontare ed avviare precocemente un percorso di cure palliative, diventa cruciale per ogni malato un approccio olistico che consideri globalmente le dimensioni cliniche, assistenziali, relazionali e morali.



#SelfiEinfermieri



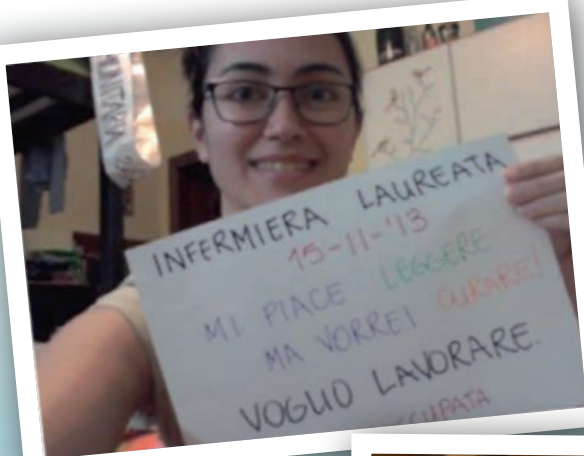
Contattaci

**Gli infermieri disoccupati
ci mettono la faccia!!
Brescia, il selfie di protesta degli infermieri
neolaureati (e disoccupati)
AUTORISCATTO**

Il significato di questa campagna,
lanciata durante l'Assemblea degli iscritti,
è di sensibilizzare e segnalare a politici,
giornalisti, amministratori e cittadini che
dietro i freddi numeri della disoccupazione,
ci sono le facce dei nostri giovani.

I loro sogni, le loro fatiche,
i loro valori, le loro aspirazioni.

**Ci mettono la faccia per questo,
non per trovare un "posto"!**



... e non finisce qui!!

seguici su: www.facebook.com/GiovaniInfermieriIpasviBs



Comunicazioni del Collegio

Assemblea annuale degli iscritti al Collegio IP.AS.VI. di Brescia

Relazione del Presidente Stefano Bazzana

L'Assemblea Generale degli Iscritti al Collegio IP.AS.VI. si è tenuta il giorno 22 marzo 2014, presso la sala riunioni della Camera di Commercio di Brescia con inizio alle ore 10.30 e termine alle ore 12.30.

All'apertura dell'assemblea il Presidente Bazzana, dopo aver salutato e ringraziato i partecipanti a nome di tutti gli organi collegiali, presenta la sua relazione relativa all'attività svolta nel 2013, non solo per informare i presenti sulle attività svolte ma anche per stimolare un confronto sui temi a cui l'organismo di rappresentanza è istituzionalmente preposto. Copia della relazione è pubblicata sul sito del Collegio e depositata, come atto documentale, presso l'archivio della Segreteria del Collegio.

Sono disponibili sul sito istituzionale anche le fotografie della cerimonia di premiazione.

Gentili colleghe, egregi colleghi,

siamo felici di ritrovarvi a questo appuntamento importante per noi e per la nostra professione. A nome degli organi collegiali vi do il benvenuto e vi ringrazio per la partecipazione all'assemblea ordinaria del Collegio IPASVI di Brescia, che diventa occasione di informazione, discussione e confronto sui temi a cui l'organismo di rappresentanza è preposto.

RELAZIONE DELL'ATTIVITÀ DELL'ANNO 2013

Viene presentata l'attività politico-istituzionale del Consiglio Direttivo, del Presidente e delle cariche oltre alla imprescindibile attività di supporto della segreteria. Tuttavia è ormai

consuetudine consolidata per il Collegio di Brescia l'assegnazione delle attività progettuali e formative alle diverse Commissioni, che sono aumentate di numero nel corso del mandato triennale. Come ogni anno, pertanto, sono stati fissati gli obiettivi di ciascuna Commissione permanente che, oltre alle attività ordinarie, ha

curato la progettazione e l'erogazione dei corsi di formazione nel campo specifico. Per lo stesso motivo ogni Coordinatore di Commissione fa parte del Comitato Tecnico Scientifico previsto dal Sistema Regionale Lombardo ECM/CPD.

COMMISSIONE CITTADINI STRANIERI

Coordinatore: Benedetti Angelo

Componenti del Consiglio Direttivo: Cristea Raluca Mihaela, Rossini Silvia, Tomaselli Lidia Annamaria.

Componenti esterni: Busi Paola, Cavagnini Lorena, Magna Elisa, Matteotti Desirè, Pace Stefania.

La commissione è integrata dai docenti di italiano: Bassi Sergio, Pattini Chiara, Paroli Ernesto, Bassi Lorenzo.

Cosa abbiamo realizzato:

- Somministrazione test per la certificazione della conoscenza della lingua italiana a infermieri stranieri trasferiti da altro Collegio o che sostengono l'esame d'iscrizione presso il nostro: n. 43.
- Colloqui informativi e d'orientamento: n. 40.
- Incontri della Commissione: n. 4.
- Insediamento Commissioni d'esame: n. 2 (12 candidati esaminati, 6 dei quali ritenuti idonei).
- Eventi formativi progettati e realizzati: n. 7.

COMMISSIONE FORMAZIONE

Coordinatore: Ermellina Zanetti

Componenti del Consiglio Direttivo: Maria Audenzia Conti, Angela Di Giaimo, Anna Iannelli

Componenti esterni: Emma Carli, Monica Coccoli, Martina Cerulli, Milena Guarinoni, Laura Manara, Daniela Massussi, Carla Noci

Cosa abbiamo realizzato:

- Supporto alla realizzazione dei 34 eventi formativi 2013 cui hanno partecipato 1774 professionisti iscritti all'albo, 230 studenti e 33 appartenenti ad altre professioni per complessivi 2036 partecipanti (il 40% in più rispetto al 2012).

- Cura dell'organizzazione del progetto "Il collegio incontra gli studenti del corso di laurea ed 2013" realizzato in complessivi 7 incontri presso le sedi del corso di laurea presenti in provincia (Chiari, Esine e Desenzano D/G) mentre per le sedi cittadine delle Università Statale e Cattolica, gli studenti sono stati accolti in sede.
- Progettazione del Convegno "L'etica del quotidiano. Sguardi, parole, gesti che possono fare la differenza" con cui si è celebrata la Giornata Internazionale dell'Infermiere l'11 maggio 2013.
- Elaborazione e analisi del questionario sull'etica. I risultati dei questionari (362) sono stati utilizzati per definire i contenuti di un evento formativo dedicato ai temi dell'etica e della deontologia realizzato a Darfo Boario Terme il 4 ottobre e che sarà riproposto nel 2014 in altre sedi in provincia.

COMMISSIONE IMMAGINE E COMUNICAZIONE

Coordinatore: Diego Amoruso

Componenti del Consiglio Direttivo: Stefano Bazzana, Ermellina Zanetti, Moreno Crotti Partel, Anna Iannelli.

Componenti esterni: Angela Chiodi (dal 10/07/2012), Licia Flammia (dal 10/07/2012), Roberto Ferrari (dal 13/11/2012).

Personale amministrativo: Carlamaria Bonometti.

Cosa abbiamo realizzato:

- Incontri effettuati: **n° 8.**
- **Nurse NewsLetter** inviate agli iscritti e pubblicate sul sito: **n° 12.**
- Aggiornamento del sito istituzionale: utilizzo costante dell'indirizzo mail dedicato per la modifica e l'aggiornamento.
- Redazione della rivista **Tempo di Nursing News**: realizzati tre numeri: uno nel mese di febbraio, un numero nel mese di settembre ed uno nel mese di dicembre 2013.
- Nuovo sito web istituzionale: creato un Gantt di progetto, strutturata la nuova piattaforma utilizzando un software open source (Joomla!).

COMMISSIONE PARERI LEGALI FISCALI E PROFESSIONALI

Coordinatore: Stefano Bazzana

Componenti del Consiglio Direttivo: Carla Agazzi, Diego Amoruso, Angelo Benedetti, Bruna Marina Bertoli, Annamaria Iannelli, Lidia Annamaria Tomaselli, Ermellina Zanetti.

Cosa abbiamo realizzato:

- La Commissione Pareri Professionali nel corso dell'anno 2013 si è incontrata due volte essenzialmente per condividere le modalità di risposta, di pubblicazione e di archiviazione dei quesiti pervenuti.
- Rispetto all'anno precedente sono pervenuti due quesiti in meno (51 vs 53) ma molte più segnalazioni generiche (21 vs 9) alle quali comunque è stata fornita risposta. Non sono conteggiati in questa relazione gli incontri/colloqui con il presidente (13), che a volte hanno preceduto/accompagnato l'elaborazione di una risposta/parere e le richieste di chiarimento/informazione che non seguono la procedura prevista (es. lettere cartacee, mail personali).
- I tempi di risposta si sono sensibilmente ridotti e superano il limite dei 30 giorni esclusivamente nei casi di invio della problematica ai consulenti per la formulazione di un parere pro-veritate (meno del 10%). I pareri legali sono stati 3 (6%), i pareri fiscali sono stati 7 (13%) i quesiti di natura eminentemente deontologica sono il 16%, mentre il rimanente 65% è costituito da pareri di natura professionale.

COMMISSIONE LIBERA PROFESSIONE

Coordinatore: Carla Agazzi.

Componenti del Consiglio Direttivo: Anna Iannelli, Diego Amoruso, Massimo Paderno, Raluca Mihaela Cristea.

Cosa abbiamo realizzato:

- Sono state effettuate 10 riunioni della commissione.
- Effettuazione di 11 colloqui individuali inerenti l'inizio dell'attività Libero Professionale e contestazioni fra colleghi.



- Contatti con la Cassa ENPAPI per la risoluzione di particolari problematiche.
- Attività burocratico amministrativa di routine:
- Gestione della posta in entrata e in uscita.
- Verifica della documentazione presentata per l'apertura/chiusura di Studi Associati, Liberi Professionisti singoli, Cooperative.
- Controllo per parere preventivo alle richieste di pubblicità sanitaria.
- Progettazione e organizzazione dei seguenti eventi formativi:
 - Essere Liberi Professionisti oggi.
 - Metodologia dell'analisi sistemica dell'organizzazione.

COMMISSIONE "FORMAZIONE OPERATORI DI SUPPORTO"

Coordinatore: Tomaselli Lidia

Componenti del Consiglio Direttivo: Agazzi Carla, Benedetti Angelo, Di Giaimo Angela, Guidetti Lara, Paderno Massimo

Componenti esterni: Cavagnini Lorena, Pasotti Elena Angela, Sancius Antonella, Scalmati Agnese, Vacchi Stefania, Zani Maria Vittoria

Cosa abbiamo realizzato:

- Nel corso dell'anno la Commissione si è riunita 4 volte.
- Evento formativo "Ruolo e responsabilità degli infermieri nell'inserimento degli operatori

di supporto nelle equipe assistenziali” che si è tenuto il 7 e l’8 ottobre 2013.

- Nomine di presidenti ed esperti per 23 commissioni d’esame per OSS su richiesta di DG sanità della Regione Lombardia, con raccolta ed invio dei verbali relativi agli esami.
- Proposta al coordinamento dei Collegi Lombardi di sostenere l’inserimento degli infermieri come esperti nelle commissioni d’esame ASA.
- Promozione delle “Linee Guida per la formazione degli operatori di supporto” nei principali convegni promossi dal Collegio IP.AS.VI.

COMMISSIONE RIVISTA “TEMPO DI NURSING”

Coordinatore: Anna Maria Iannelli

Componenti del Consiglio Direttivo: Stefano Bazzana, Ermellina Zanetti, Moreno Crotti Partel, Diego Amoroso, Angela Di Giaimo, Maria Audenzia Conti

Cosa abbiamo realizzato:

- Nel corso dell’anno 2013 la Commissione si è riunita 6 volte.
- È stato mantenuto il formato editoriale del dossier e sono stati pubblicati **tre numeri della rivista Tempo di Nursing**, due in formato cartaceo e uno online.
- Nel n. 63 la rubrica focus ha riguardato l’attività clinica, nel n. 64 il nursing interculturale e nel n. 65 l’attenzione è stata rivolta al tema dell’autonomia e della responsabilità infermieristica.
- Il lavoro di scambio e correzione dei contributi per la pubblicazione, così come delle bozze provenienti dalla tipografia è avvenuto in gran parte attraverso la posta elettronica.

- Nel corso del 2013 la Commissione Tempo di Nursing ha contribuito alla pianificazione formativa del Collegio proponendo gli eventi di seguito indicati:

- “La gestione del conflitto nelle organizza-

zioni socio sanitarie”, evento replicato due volte per le numerose richieste pervenute.

- “Usare il cinema nella formazione”, evento rivolto a quanti operano nel campo della formazione.
- “Come si scrive un articolo scientifico”.

COMMISSIONE QUALITÀ

Coordinatore: Bruna Marina Bertoli

Componenti del Consiglio Direttivo: Carla Agazzi, Lidia Tomaselli, Massimo Paderno.

Personale amministrativo: Carlamaria Bonometti, Valeria Gelmi

Cosa abbiamo realizzato:

- acquisizione di conoscenze sulla Norma UNI EN ISO 9001:2008/UNI EN ISO 19011:2012.
- acquisizione di conoscenze e abilità nella gestione del SGQ del Collegio IP.AS.VI. di Brescia.
- Sono stati effettuati **n.14 incontri formativi**.
- I componenti della commissione hanno partecipato con interesse e attivamente agli incontri formativi ed hanno collaborato alla realizzazione delle seguenti attività:
- Redazione riesame della Direzione (semestrale e annuale) con individuazione di indicatori e loro monitoraggio.
- Approvazione, emissione ed applicazione della documentazione revisionata e/o redatta dalla Commissione formazione e documentazione generale di sistema.
- Riformulazione della classificazione delle NC interne e loro raccolta ed elaborazione.
- Predisposizione di nuove liste di riscontro ed effettuazione audit interno (come da aree di miglioramento scaturite dall’audit di terza parte):
 - pianificazione, predisposizione ed esecuzione di audit interni ed esterno;
 - progettazione ed erogazione di un evento formativo.
- Il 5 novembre 2013 si è svolto l’audit di terza parte che è stato superato senza la rilevazione di NC.



ATTIVITÀ POLITICO-ISTITUZIONALI SVOLTE NEL 2013

ATTIVITÀ ISTITUZIONALI	LAVORO SVOLTO
Sedute di Consiglio	n. 24 C. Direttivi (n. 147 Deliberazioni)
Iscritti Albo Comunitari n. 234 Provenienti da altri Collegi n. 45 Iscrizione Albo Inf. Stranieri n. 20	Totale n. 299
Cancellazioni dal ruolo n. 117 Trasferimenti ad altri Collegi n. 13	Totale n. 135
Incontri per attivazione procedura riconoscimento titolo cittadini non U.E.	n. 44 test idoneità ammissione all'esame
Preparazione materiale da consegnare ai cittadini stranieri per esame	n. 2 Commissioni insediate per espletamento esami per un totale di 12 esaminandi
Partecipazione a conferenze stampa, Scuola AI-STOM, Dipartimento Cure Palliative, Moderazione Convegni, Presentazione libro, Relazioni a Convegni nazionali, Convegno CIVES , AMICI, forum professioni OMCeO	n. 27 interventi del Presidente

ATTIVITÀ ISTITUZIONALI E POLITICHE PROFESSIONALI ANNO 2013

ATTIVITÀ ISTITUZIONALI	LAVORO SVOLTO
Incontri Coordinamento Collegi Lombardi Per studio e preparazione documenti	n. 10 incontri n. 2 convegni (patrocinio)
Rapporti con Università	Nomina di rappresentanti del Collegio per Commissioni esami D.L. per le sessioni annue presso L'Università degli Studi di Brescia (24 gg) e presso la Poliambulanza (4gg) per un totale di n. 28 giorni di presenza
Rapporti con la Regione	Fabbisogno Formativo aa 2013 2014 n. 2 incontri
Rapporti Cassa di Previdenza (ENPAPI)	Su richiesta degli iscritti è stato contattato il call center di ENPAPI per la risoluzione di problemi di ordine contributivo e burocratico n. 32 interventi
Rapporti con i Mass Media	n. 9 Articoli su quotidiani/settimanali (n. 3 su riviste) n. 3 Interviste (2 radiofoniche) n. 5 Comunicati Stampa e 4 Lettere al Direttore
Rapporti con strutture Sanitarie Rapporti con Ordini e Collegi Rapporti con altre professioni (CUP)	Comitato Etico A.O. Spedali Civili n. 12 incontri Comitato Scientifico ASL di Brescia n. 2 incontri Comitato Scientifico Ordine Medici n. 3 incontri Comitato Unitario Professioni n. 2 incontri

ATTIVITÀ ISTITUZIONALI E DI SEGRETERIA SVOLTE NEL 2013

ATTIVITÀ ISTITUZIONALI	LAVORO SVOLTO
Incontri sull'esercizio libero professionale	n. 11 con verbale di incontro
Risposte a quesiti iscritti, legali fiscali, professionali e deontologici	n. 47 risposte scritte a richieste di consulenza
Segnalazioni	n. 21 risposte scritte
Rinnovo Certificazione del Collegio 5/11/13	n. 14 incontri svolti in sede dalla Resp. Qualità
Incontri e colloqui con il Presidente	n. 22 con verbale di incontro

ATTIVITÀ ISTITUZIONALI	LAVORO SVOLTO
Risposte a richieste degli iscritti in sede e per telefono	n. 1610 informazioni relative a: Orari di apertura uffici, n. telefonici, recupero credenziali di accesso, recupero indicazioni per pagamento quota di iscrizione, informazioni Polizza IPASVI, informazioni su crediti formativi, informazioni iscrizioni corsi, cambi di residenza, iscrizione corsi Fad Federazione Nazionale...
PEC e corrispondenza	n. 1500 in entrata e n. 1331 in uscita per tot. 2831 numeri di protocollo
Sito Istituzionale	n. 380 aggiornamenti anno 2013

L'attività del Collegio si è inoltre espressa:

Negli incontri quindicinali del Consiglio Direttivo per la realizzazione degli obiettivi generali

Nei periodici incontri delle Commissioni per la progettazione della formazione e il raggiungimento degli obiettivi specifici.

Nella collaborazione con istituzioni pubbliche e con organizzazioni politiche, sociali, professionali.

Nella partecipazione attiva al Coordinamento Regionale Collegi Lombardi.

Partecipando agli incontri della Federazione Nazionale (Bologna, Roma, Firenze).

Partecipando alle riunioni di altri enti (CUP, Cesos, Unilpa, Cives, OMCeO).

Con interventi, relazioni e saluti ai vari convegni di associazioni e corsi di altre professioni (27 partecipazioni nel 2013: OOSS, Ordine dei Medici, Ordine dei Farmacisti, AISTOM, ASL di Brescia, Associazioni dei Malati, La Rete, Università...).

ATTIVITÀ DI GRANDE VALORE PER IL COLLEGIO IPAS.VI. DI BRESCIA 2013

- Il Collegio di Brescia ha partecipato alla **Conferenza Mondiale UNESCO "Bioethics, Medical Ethics & Health Law Towards the 21st Century"** svoltasi a Napoli nei giorni 20 e 21 novembre 2013, presentando due lavori scientifici selezionati dal Comitato Scientifico:

1. *The nurses attitudes towards the use of physical restraint: a focus group study.*

2. *Use of physical restraint in hospitals and nursing homes: a multicentric cross-sectional study.*

Entrambi i lavori riportavano i dati della ricerca quantitativa e qualitativa sulla contenzione fisica realizzata in collaborazione con i Collegi di Milano-Lodi-Monza- Brianza e Aosta alla cui rilevazione dati e focus group hanno partecipato molti colleghi.

- Il progetto **"Ma che faranno mai al Colle-**

gio?”, rivolto a tutti gli studenti delle sezioni bresciane del CdL in Infermieristica, ha permesso di far conoscere il Collegio IP.AS.VI. Brescia ed aumentare notevolmente la partecipazione alle attività istituzionali.

- **Energia rinnovabile:** forse unico in Italia, il Collegio di Brescia si è dotato di Pannelli Fotovoltaici per compensare il fabbisogno elettrico del Collegio, riducendo l'impatto economico e ambientale.
- Coinvolgimento del **Gruppo Giovani Infermieri** alle iniziative del collegio.
- **Inizio Convegni itineranti sull'etica:** *L'etica del quotidiano. Sguardi, parole, gesti che possono fare la differenza* 4 ottobre a Darfo Boario Terme.
- In accordo con le disposizioni della Federazione Nazionale è stato creato il **nuovo logo Collegio IP.AS.VI. Brescia.**

- **Collaborazione personale centrale 118** per creazione di alcuni momenti di incontro sul tema della nuova centrale operativa Servizio di Emergenza 112.
- Partecipazione con i Collegi Lombardi alla stesura della prima **bozza riguardante la figura dell'Infermiere di Famiglia e Comunità** da sottoporre alla Regione Lombardia.

Il Presidente esprime un sincero ringraziamento ai tanti colleghi che hanno collaborato nel corso dell'anno 2013, ai consulenti che ci hanno supportato nei campi specifici (fiscale, legale, informatico, sicurezza, qualità, consulente del lavoro) e alle nostre dipendenti Bonometti Carlamaria e Gelmi Valeria che garantiscono una continuità di presenza e di raccordo tra i diversi organi del Collegio, i consulenti e gli iscritti.

RELAZIONE PROGRAMMATICA PER L'ANNO 2014

Il Presidente inizia la relazione programmatica 2014, con un omaggio a papa Francesco per la sua vicinanza alla professione infermieristica, ricordando che oltre all'infermiere italo-argentino (Artemide Zatti) che ci lega a Jorge Bergoglio, c'è un comune "sentire" con gli infermieri che si traduce nell'ascolto e nell'assistenza ai più deboli. A riprova di ciò, recentemente il Pontefice ha esaltato la professione durante l'omelia della messa mattutina. Dal portale della Federazione leggiamo il commento della presidente On. Silvestro: "Un riconoscimento più grande, più autorevole, più sentito alla professione infermieristica non poteva esserci. Papa Francesco, nell'omelia pronunciata durante la messa in Santa Marta, ha accostato il concetto di Dio fatto uomo per il bene dell'umanità alla figura dell'infermiere."

PROGETTI E LAVORI IN CORSO (Provinciali, Regionali e Nazionali)

- Per-corso di ricerca e formazione per Infermieri Coordinatori delle RSA della provincia di Brescia (2^a edizione).
- Collaborazione con Movimento Diritti del Malato di Brescia (istituzione di un Premio per una tesi di Laurea su temi etico-deontologici).
- Collaborazione con Associazione Diabetici della provincia di Brescia per campagna educativa nelle scuole in collaborazione con il Gruppo Giovani Infermieri Ipasvi BS.
- Prosecuzione progetto "Ma che faranno mai al Collegio?" rivolto a tutti gli studenti delle sezioni bresciane del CdL in Infermieristica e allargamento agli studenti del CdiL in Assistenza Sanitaria.
- Situazione Libera professione e relativi quesiti (nota IPASVI per DGR 3540/2012, tirocini RSA, abolizione tariffario, ecc.).
- Nota alla Direzione Generale Sanità (e relativi incontri) sul fabbisogno formativo regionale Corso di Laurea in infermieristica.
- Nota alla DG Sanità e Sociale sulla formazione Operatori di Supporto.
- Position Statement Collegi/CID (Comitato

Infermieri Dirigenti) su formazione universitaria e dirigenza infermieristica.

- Progetto regionale Infermiere di Comunità
- Gruppo di Lavoro CNAI, GPAIN e Collegi Lombardi “NursesExpo 2015”.
- Documenti della Federazione Ipasvi (anticorruzione, contabilità, amministrazione).
- Documento del Ministero della Salute sulle nuove competenze dell’infermiere.

**Gli obiettivi per l’anno 2014
delle otto Commissioni permanenti
sono di seguito illustrati**

COMMISSIONE INFERMIERI STRANIERI

- Favorire l’iscrizione al Collegio Provinciale di Brescia degli infermieri stranieri in possesso degli standard formativi e professionali previsti dalla normativa.
- Promuovere l’acquisizione di conoscenze inerenti la legislazione sanitaria, la deontologia e l’esercizio professionale responsabile in Italia.
- Favorire la conoscenza del contesto d’esercizio infermieristico in Italia, sviluppare e consolidare la conoscenza del linguaggio tecnico scientifico dei colleghi stranieri, al fine di facilitarne l’integrazione nei setting di cura ed assistenza italiani.

- Vigilare sulla sussistenza dei requisiti d’iscrizione all’Albo del Collegio.
- Promuovere la crescita culturale e professionale degli infermieri stranieri iscritti e/o in attesa di iscrizione presso IPASVI-BS.

COMMISSIONE FORMAZIONE

- La Commissione Formazione anche per il 2014 fornirà il supporto a tutta l’attività formativa del Collegio garantendo la collaborazione alla segreteria del Collegio che curerà gli aspetti organizzativi degli eventi formativi.
- In particolare seguirà la progettazione e realizzazione del percorso di approfondimento sul tema etico (in calendario il 13 giugno 2014 a Brescia) delle cure non proporzionate, indicato come il più frequente dai 362 colleghi che hanno risposto al questionario distribuito in occasione della giornata dell’infermiere 2013.

COMMISSIONE IMMAGINE E COMUNICAZIONE

- Produzione mensile della Newsletter ufficiale del Collegio (NurseNewsLetter).
- Coordinamento di tutte le attività delle Commissioni permanenti e temporanee aventi come obiettivo l’informazione, la comunicazione interna e le relazioni esterne (con gli iscritti, le istituzioni e i cittadini).



- Regia e cura dei rapporti con i media.
- Aggiornamento costante del sito istituzionale.
- Redazione di due numeri della rivista Tempo di Nursing News.
- Realizzazione della nuova piattaforma web istituzionale e messa on line; manutenzione ordinaria e straordinaria della stessa.
- Coordinamento delle attività connesse alla gestione delle comunicazioni attraverso i maggiori social network (Corso).

COMMISSIONE PARERI LEGALI FISCALI E PROFESSIONALI

- Rispondere ai quesiti, segnalare le fonti di risposta, incontrare gli iscritti, e risolvere le questioni riguardanti l'esercizio della Professione infermieristica.
- Mantenere il servizio di consulenza on line rendendo ancor più usufruibile e trasparente l'attività di consulenza con relative risposte.
- Formulazione dei pareri da parte del Presidente del Collegio, in collaborazione con i Consiglieri e con altri professionisti nostri consulenti.
- Effettuare una ricognizione dei quesiti proposti dagli iscritti per individuare le *domande più frequenti* (FAQ).
- Pubblicare le FAQ e il Quesito del Mese se di interesse trasversale.
- Ottimizzazione del sistema informatico per la tracciabilità dei quesiti inseriti nell'area riservata degli iscritti.

COMMISSIONE LIBERA PROFESSIONE

- Aggiornamento dell'Albo dei Liberi Professionisti.
- Realizzazione di due eventi formativi:
 - I semestre 2014: La Professione Autonoma: un'opportunità per i neolaureati.
 - II semestre 2014: L'applicazione dell'analisi sistemica nell'organizzazione.
- Collaborazione con la Commissione Immagine e Comunicazione per la realizzazione della NNL mensile.

- Aggiornamento delle FAQ per il sito web istituzionale entro il primo semestre 2014.
- Gestione attività burocratico amministrative di routine.

COMMISSIONE “FORMAZIONE OPERATORI DI SUPPORTO”

- Pubblicità e diffusione delle “Linee Guida per la formazione degli operatori di supporto” e loro utilizzo nei centri formativi e nelle organizzazioni.
- Collaborazione con la Regione Lombardia per le nomine di Presidenti ed Esperti nelle commissioni d'esame per OSS.
- Richiesta di inserire esperti infermieri nelle commissioni d'esame ASA.
- Mantenere i rapporti con Presidenti ed Esperti con opportunità di discussione dei casi rilevati nelle commissioni d'esame OSS e raccolta/archiviazione relazioni.
- Formazione infermieri formatori/docenti:
 - “Progettare la formazione degli adulti”.
 - “Il processo di valutazione degli studenti”.
 - “Metodi e strumenti della formazione”.
 - “Stile e metodologia nella gestione dell'errore, dalla comunicazione all'apprendimento del singolo e del gruppo alla modifica del comportamento”.
 - “I metodi didattici nella formazione degli adulti”.

COMMISSIONE PER LA REDAZIONE DELLA RIVISTA “TEMPO DI NURSING”

Per l'anno 2014 è prevista la pubblicazione di due numeri della rivista in formato cartaceo e uno in formato elettronico.

- TdN n. 66: focus sull'evoluzione dei modelli assistenziali;
- TdN n. 67: focus sul nursing geriatrico;
- TdN n. 68: Numero ONLINE focus da definire.

Formazione

Nel corso del 2014 la Commissione Tempo di Nursing contribuirà alla pianificazione forma-

tiva del Collegio proponendo i seguenti eventi formativi:

- *Usare il cinema nella formazione: dalla teoria alla pratica.*
- *Musica + terapia= Musicoterapia.*
- *L'educazione terapeutica.*
- *Il nursing narrativo.*

COMMISSIONE QUALITÀ

Implementazione del SGQ all'interno del Collegio IP.AS.VI. di Brescia:

- redazione riesame della Direzione (semestrale e annuale) con individuazione indicatori, aree di miglioramento e loro monitoraggio;
- approvazione, emissione ed applicazione della documentazione revisionata e/o redatta;
- sensibilizzazione dei Consiglieri/dipendenti a individuare/proporre azioni di miglioramento;
- pianificazione e predisposizione di un evento formativo sul tema qualità;
- integrazione del SGQ in alcuni Collegi Lombardi (Milano-Lo-MB, Bergamo, Varese e Brescia).

PROGETTI ED EVENTI 2014

Il presidente illustra le iniziative già realizzate nel primo trimestre 2014.

In collaborazione con Associazione Diabetici e Gruppo Giovani Infermieri IP.AS.VI. BS
Corso propedeutico alla Campagna di Educazione nelle scuole **“Brixia Next Generation”**
Brescia, 18 gennaio 2014

“GOLOSITALIA”

Brescia, 9 febbraio 2014

In collaborazione con Enpapi e Gruppo Giovani Infermieri IPASVI BS

Incontro per infermieri neolaureati

“Primi passi nella libera professione” riedizione dell'incontro svoltosi a fine dicembre.

Brescia, 20 febbraio

In collaborazione con OMCEO della provincia di Brescia

“La Governance delle comorbidità” 5 casi clinici

Lo specialista, l'infermiere, il MMG

Brescia, 20 febbraio, 13 marzo, 10 aprile, 8 maggio e 5 giugno

150 partecipanti

Adesione e supporto al progetto GIMBE **“Salviamo il nostro SSN”**

Brescia, 11 febbraio 2014 - Bologna, 14 marzo 2014

Il Collegio IP.AS.VI. di Brescia risulta uno dei quattro organismi, fra Ordini e Collegi, che sostengono la campagna “Salviamo il nostro Servizio Sanitario Nazionale”. Nel suo 35° anniversario, la convinzione dei sostenitori è che il sistema sanitario italiano vada riformato e difeso da scandali, corruzione e sprechi, rimanendo tuttavia pubblico, equo e universalistico.

Per la **Giornata Internazionale dell'infermiere 2014**, il presidente presenta le due iniziative in fase di progettazione, che quest'anno vogliono coinvolgere maggiormente i cittadini:

1. sabato **10 maggio** al Teatro Politeama di Manerbio si terrà lo spettacolo “Fuori Tema: tre atti clinici” del regista Giacomo Andrico. Iniziativa aperta ai famigliari e a tutta la cittadinanza;
2. lunedì **12 maggio** nella sala Convegni della Clinica S. Camillo di Brescia, presentazione del libro di Giorgio Cosmacini “Il santo dei malati”. L'ultima fatica del professore milanese, storico della medicina, è dedicata infatti all'infermiere S. Camillo de Lellis, scritta in occasione del 4° centenario della morte (1614-2014).

Coerentemente con il programma triennale che prevede lo svolgimento di iniziative formative nelle diverse strutture della provincia, il **23 maggio** saremo a Desenzano del Garda, nell'aula magna dell'ospedale, per il Convegno “L'etica del Quotidiano: L'etica in pratica”, mentre il giorno **13 giugno** a Brescia (Centro Mater Divinae Gratie) si terrà il corso di approfondimento “Le cure non proporzionate: il troppo e il troppo poco”.

Nel secondo semestre si concluderanno i convegni itineranti sull'etica, con una data da definirsi nell'area di Chiari e una conclusiva in città.

Nel corso del 2014 continuerà la progettazione della **nuova piattaforma web**, con un sito istituzionale rinnovato che aumenti le potenzialità e le capacità di archiviazione delle numerose informazioni pubblicate.

Visti gli aumenti dei costi di spedizione (decuplicati) della versione cartacea la loro conseguente riduzione è stata compensata con l'istituzione di un gruppo Facebook "Quelli dell'Ipasvi Brescia", sia con la novità editoriale del Collegio Ipasvi di Brescia: l'attivazione della newsletter del Collegio di Brescia denominata NNL (NurseNewsLetter) alla quale si sono iscritte ad oggi circa 2500 persone.

Per quanto riguarda la **Formazione a Distanza** il presidente ricorda i progetti FAD promossi gratuitamente dalla Federazione IPASVI in collaborazione con la Federazione Ordini dei Medici e Ministero della Salute.

Tra i partecipanti vengono poste le seguenti domande:

La collega Laura Bazzoli chiede a che punto è l'estinzione del mutuo.

Il tesoriere Benedetti informa che scade alla fine del 2023 e viste la congiuntura economica non si prevedono cambiamenti.

La collega Giovanna Pellizzoli ripropone la proposta di acquisto della porzione di proprietà adiacente l'attuale sede, attualmente ancora libera.

Il tesoriere specifica che tale richiesta è stata fatta da alcuni iscritti durante l'assemblea ordinaria 2012 e che il Consiglio Direttivo si è

fatto carico di esplorare possibili modalità di acquisizione e di presentare i progetti nell'assemblea 2013 per chiedere ai partecipanti il loro parere sull'acquisto. Tale proposta portata all'attenzione dell'assemblea nel 2013 non venne accolta dai presenti; il Presidente specifica che i favorevoli furono soltanto nove su oltre 500 votanti.

La collega Giovanna Pellizzoli ricorda l'importante appuntamento di "Nurses for EXPO 2015", manifestazione nella quale la professione infermieristica ha un'importante occasione di rendersi visibile. Ogni associazione infermieristica e ogni collegio potrà utilizzare il logo della manifestazione attraverso i suoi canali informativi.

Al termine dell'assemblea si è tenuta la premiazione degli iscritti, con un momento celebrativo e la consegna di un dono ricordo alle colleghe e ai colleghi per i 35 e i 50 anni di iscrizione all'Albo. Con un simbolico passaggio del testimone, è stato consegnato un omaggio anche ai numerosi neoiscritti al Collegio presenti in assemblea. Con un caloroso applauso di benvenuto l'aula gremita di iscritti e il Consiglio Direttivo hanno accolto i giovani neolaureati all'interno della Comunità professionale.

CANDIDATURE PER IL RINNOVO DEL CONSIGLIO DIRETTIVO

A fine anno termina il mandato dell'attuale Consiglio Direttivo e del Collegio dei Revisori dei Conti.

Coloro che intendono presentare la propria candidatura possono compilare ed inviare online il format presente sul sito www.ipasvibs.it, oppure inviare un breve curriculum professionale

(max 10 righe dattiloscritte) specificando se intendono candidarsi per il Consiglio Direttivo o per il Collegio dei Revisori dei Conti.

Le candidature dovranno pervenire entro il 30/06/2014 per essere pubblicate sul prossimo numero di Tempo di Nursing.

L'IMPORTANZA DEL (tuo) VOTO

Non sprecare questa opportunità di democrazia professionale e partecipazione.

L'elezione dei rappresentanti del Consiglio Direttivo e dei Revisori dei Conti è un'occasione importante per la vita professionale del Collegio. Per tre anni costoro sono tenuti ad impegnarsi per raggiungere gli obiettivi presentati nelle assemblee degli iscritti, diffusi con gli organi di stampa e pubblicati sul sito istituzionale. Partecipazione e senso di appartenenza sono presupposti indispensabili per avere Organismi Collegiali efficaci e rappresentativi. Con il tuo voto puoi scegliere chi ti rappresenterà e deciderà per te nel prossimo triennio. Tutti gli iscritti sono eleggibili. Ti aspettiamo in sede in uno dei tre giorni in cui è possibile votare: le operazioni di voto durano pochi minuti, in concomitanza saranno organizzate attività formative e ricreative per gli interessati.

Sul prossimo numero

Assistenza infermieristica e condizione anziana

L'Italia è ai primi posti nella classifica dei Paesi più vecchi del mondo.

Gli ultrasessantacinquenni in Italia rappresentano il 20% della popolazione e tra questi il 30% (circa 4 milioni) sono ultraottantenni. I centenari sono quasi 16.000. Numeri che sono destinati a crescere. Secondo le previsioni dell'ONU nel 2050 gli ultrasessantenni saranno il 46,2% della popolazione: una persona su due avrà più di 60 anni e una persona su sei più di ottanta.

L'incremento della vita media si è accompagnato anche ad un miglioramento delle condizioni di salute: molti anziani oggi stanno bene, sono autonomi, si prendono cura dei nipoti e sono impegnati in attività di volontariato.

Accanto a quello che viene definito “invecchiamento di successo” vi sono in Italia circa 2 milioni di anziani non autosufficienti, pari al 20% degli ultrasessantacinquenni che richiedono cure e assistenza, spesso a carico della famiglia.

Riteniamo che il contributo infermieristico sia centrale negli interventi di cura rivolti alle persone anziane e abbiamo deciso di dedicare il focus del prossimo numero di Tempo di Nursing a questo tema. Sollecitiamo quindi contributi, ricerche, esperienze da condividere con la Comunità professionale.



NORME REDAZIONALI TEMPO DI NURSING

Le proposte di pubblicazione saranno accettate ad insindacabile giudizio del comitato di redazione. Ogni articolo esprime il lavoro e/o le convinzioni degli autori, i quali assumono la responsabilità di quanto dichiarato.

Gli articoli dovranno pervenire, esclusivamente per posta elettronica, su file Word (carattere Arial o Times New Roman 16pt per il titolo - 12pt per il testo - 10pt per didascalie e titoli di tabelle e figure, allineamento giustificato, interlinea 1, margini sup. 2,5 cm dx, sx e inf. 2 cm).

Nella prima pagina dovranno essere indicati:

1. Titolo dell'articolo
2. Autori con nomi completi e qualifiche professionali
3. Istituzioni di appartenenza (con indicazione delle città e sedi delle Istituzioni)
4. Recapiti per eventuali contatti - Nominativo dell'Autore a cui indirizzare l'eventuale corrispondenza, per il quale devono essere indicati: indirizzo postale (via, numero anagrafico, CAP, città); numero telefonico di più facile reperibilità; numero di fax e indirizzo di posta elettronica (e-mail).

Ogni pagina dovrà essere numerata a partire dalla prima.

Eventuali tabelle e/o figure (fotografie, disegni, ecc.) dovranno essere preparate su fogli separati.

Eventuali tabelle o diagrammi debbono essere citati sequenzialmente al testo e numerate progressivamente con numeri arabi (es. Tabella 3) (le tabelle dovranno essere complementari al testo e non contenere semplicemente una ripetizione dello stesso), nel testo dovrà essere indicato chiaramente il punto in cui dovrebbero apparire; ogni tabella dovrà avere un titolo (al di sopra della tabella) ed una didascalia breve (al di sotto della tabella).

Eventuali figure debbono essere citate sequenzialmente al testo e numerate progressivamente con numeri arabi (ad es. Figura 3); nel testo dovrà essere indicato chiara-

mente il punto in cui dovrebbero apparire; ogni figura dovrà avere un titolo (al di sopra della tabella) ed una didascalia breve (al di sotto della tabella).

È necessario allegare curriculum vitae formato europeo degli autori.

L'articolo dovrà essere strutturato come un articolo scientifico ovvero dovrà prevedere le seguenti voci:

- Introduzione (se ritenuto necessario)
- Obiettivo
- Scopo
- Metodi
- Risultati
- Discussione
- Conclusione
- Bibliografia (l'articolo dovrà prevedere in calce una bibliografia completa, esauriente e recente).

Citazioni bibliografiche:

I riferimenti bibliografici dovranno essere numerati (tra parentesi) nel testo, in ordine di citazione (citazioni identiche con lo stesso numero) ed elencati in ordine numerico nella bibliografia alla fine dell'articolo; in essa le citazioni bibliografiche dovranno contenere:

Per i libri

- Cognome e iniziali del nome dell'autore (o degli autori o curatori)
- Titolo e sottotitolo dell'opera.
- (Collana)
- numero dell'edizione (Es. 2a ed.) (se superiore alla prima),
- Luogo di edizione:
- Editore
- Anno
- Esempio: Corradini L, Cattaneo P. Educare alla salute. Brescia: La Scuola, 1997.

Per gli articoli di riviste

- Cognome e iniziali del nome dell'autore (o degli autori)

- Titolo dell'articolo.
- Nome della rivista secondo le denominazioni internazionali (in forma estesa, oppure quando abitualmente utilizzata - nella forma abbreviata senza interpunzioni tra le iniziali)
- Anno di pubblicazione ed eventuale mese
- i numeri di riferimento nel seguente ordine e formato volume (numero): pagina iniziale - pagina finale.

Esempio:

Li Q, Zhang SM, Chen HT, Fang SP, Yu X, Liu D, Shi LY, Zeng FD. Awareness and attitudes of healthcare professionals in Wuhan, China to the reporting of adverse drug reactions. Chin Med J (Engl). 2004 Jun;117(6):856-61.

È necessario allegare un abstract (Riassunto) di 300 parole al massimo, ed inoltre devono essere indicate da 3 a 5 parole chiave.

Quando l'articolo esprime, o può coinvolgere la responsabilità o l'immagine dell'istituzione di appartenenza, o quando gli autori parlano in nome della medesima, occorrerà allegare all'articolo o inviarla mezzo posta una liberatoria scritta dei relativi responsabili.

Il materiale inviato, sia esso accettato o meno per la pubblicazione, non verrà restituito.

Gli autori sono tenuti a specificare se la proposta di pubblicazione è stata inoltrata presso altre riviste.

Lavori, lettere, suggerimenti, commenti, proposte, interventi in genere, fotografie, vanno inviati a:

Segreteria di Redazione della Rivista c/o
Collegio IPAS.VI. di Brescia

Via P. Metastasio, 26 - 25126 BRESCIA
Tel. 030 291478 - Fax. 030 43194
www.ipasvibs.it - info@ipasvibs.it

Rivista trimestrale del Collegio I.P.A.S.V.I. di Brescia – N° 66/2014

Direttore responsabile: Stefano Bazzana

Responsabile comitato di redazione: Anna Maria Iannelli

Comitato di redazione: Diego Amoruso, Stefano Bazzana, Maria Audenzia Conti, Angela Di Giaimo, Anna Maria Iannelli, Moreno Crotti Partel, Ermellina Zanetti

Hanno collaborato a questo numero: Stefano Bazzana, Marco Torriani, Simonetta Di Meo, Paola Obbia, Ginetto Menarello, Claudio Maddalena, Mariangela Ambrosini, Emanuela Lupatini, Luisa Pelizzari, Carolina Pontoglio, Giovanna Riva, Valbona Zani, Roberto Ferrari, Giovanni Zaninetta

Direzione, Redazione, Amministrazione: Via Pietro Metastasio 26/a - Brescia - Tel. 030 291478 - Fax 030 43194

Fotocomposizione e Stampa: Com&Print Srl (BS) - Via della Cascina Pontevica, 40 - 25124 Brescia - Tel. 030.2161291

Registrazione: n° 37/90 del 21 luglio 1990 del Tribunale di Brescia

Distribuzione e Abbonamento:

La rivista è inviata gratuitamente a tutti gli iscritti al Collegio IPASVI di Brescia.

Per i non iscritti il costo dell'abbonamento annuo è di euro 10,00. Singolo fascicolo euro 2,58

Editore: Collegio Infermieri Professionali, Assistenti Sanitari e Vigilatrici d'infanzia della Provincia di Brescia

Tutti coloro che desiderano inviare materiale per la pubblicazione dovranno recapitarlo alla Segreteria di Redazione della Rivista presso: Collegio I.P.A.S.V.I., Via Pietro Metastasio 26/a – Brescia oppure via email in formato Word all'indirizzo: info@ipasvibs.it

Gli articoli firmati impegnano soltanto gli autori, benché approvati dal Comitato di Redazione.

Tempo di Nursing

Infermieri professionali assistenti sanitari vigilatrici d'infanzia

*Concepito in una fase di grande incertezza politica ed economica, il progetto **Salviamo il Nostro SSN** nasce dalla consapevolezza che, nonostante i tagli, un Servizio Sanitario Nazionale equo e universalistico è ancora sostenibile perché una quota consistente della spesa sanitaria viene sprecata in maniera intollerabile a causa degli obiettivi divergenti, conflittuali e opportunistici dei vari stakeholders.*

Il Collegio IP.AS.VI. Brescia aderisce al progetto, tutti i cittadini possono sottoscrivere con un clic dal sito:
<http://www.salviamo-ssn.it/pagine/751/it/salviamo-ssn>

