

Tempo di Nursing

Infermieri professionali assistenti sanitari vigilatrici d'infanzia

TdN 70, Luglio 2016

www.ipasvibs.it

1 EDITORIALE

Aggiornamenti di una sera di mezza estate...
di Stefano Bazzana

3 OSSERVATORIO

UNDICIDUE: la Giornata Europea del Numero Unico Europeo di Emergenza 112
di Marco Torriani

5 FOCUS

L'evoluzione del sistema sanitario e le opportunità di sviluppo strategico della professione infermieristica in Lombardia
di Roberto Cotta Ramusino

AFT e UCCP: la battaglia dell'accreditamento
di Roberto Ferrari

L'infermiere protagonista nella nuova sanità: PreSST e POT
di Paolo Boldini

Ospedale e territorio: la rete dei servizi in Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza
di Nadia Regonasci e Daniele Petrogalli

Il Servizio Dimissioni Protette Pediatriche nell'Ospedale dei Bambini ASST Spedali Civili Brescia
di Patrizia Bevilacqua

In cascina Clarabella si può fare
di Everton Nascimento De Souza

40 FUORI FOCUS

Educazione Terapeutica presso il Centro "Io e l'Asma"
di Adriana Boldi e Ada Pluda

45 COMUNICAZIONI DEL COLLEGIO

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

48 NONSOLOLIBRI

Valutazione infermieristica della persona assistita: approccio integrato
a cura di Annamaria Marzi

50 SUL PROSSIMO NUMERO

Prevenzione, Educazione e Promozione della salute

Organo di stampa del Collegio IP.AS.VI. della Provincia di Brescia

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

Sommario



EDITORIALE

Aggiornamenti di una sera di mezza estate...
di Stefano Bazzana Pag. 1



OSSERVATORIO

UNDICIDUE: la Giornata Europea del Numero Unico
Europeo di Emergenza 112
di Marco Torriani Pag. 3



FOCUS

L'evoluzione del sistema sanitario
e le opportunità di sviluppo strategico della
professione infermieristica in Lombardia
di Roberto Cotta Ramusino Pag. 5

AFT e UCCP: la battaglia dell'accreditamento
di Roberto Ferrari.....Pag. 15

L'infermiere protagonista nella nuova sanità:
PreSST e POT
di Paolo Boldini Pag. 18

Ospedale e territorio: la rete dei servizi in
Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza
di Nadia Regonasci e Daniele Petrogalli..... Pag. 20

Il Servizio Dimissioni Protette Pediatriche
nell'Ospedale dei Bambini ASST Spedali Civili Brescia
di Patrizia Bevilacqua.....Pag. 30

In cascina Clarabella si può fare
di Everton Nascimento De Souza.....Pag. 38



FUORI FOCUS

Educazione Terapeutica presso il Centro "Io e l'Asma"
di Adriana Boldi e Ada Pluda Pag. 40



COMUNICAZIONI DEL COLLEGIO

Assemblea annuale degli iscritti
al Collegio IP.AS.VI. di Brescia Pag. 45



NonSoloLibri

Valutazione infermieristica della persona assistita:
approccio integrato
a cura di Annamaria Marzi Pag. 48

Tempo di Nursing

SUL PROSSIMO NUMERO

Prevenzione, Educazione e Promozione
della salute..... Pag. 60



IPASVI
Brescia



Aggiornamenti di una sera di mezza estate...

di Stefano Bazzana*



I temi di cui si discute, anche mentre in treno si torna dall'ultimo Consiglio Nazionale, sono quelli caldi degli ultimi tempi: contratti fermi, nuovi ordini e competenze avanzate (in frigorifero da 4 anni), direzione e coordinamento infermieristico, precariato, inoccupazione e disoccupazione, tanti giovani colleghi all'estero. E cosa succederà ora che i britannici (anche se l'han voluto solo gli inglesi) sono *exit*? Un collega raggiunto a Londra risponde tranquillo: "Qui hanno talmente bisogno di noi e ci apprezzano al punto che faranno di tutto per tenerci". Ma in Italia i problemi restano.

Allora si tenta una giornata romana che metta tutti attorno al tavolo (di una nota facoltà): la data è fissata il 28 giugno. Scopo principale del "progetto comune" tra le organizzazioni sindacali del comparto (CGIL, CISL e UIL) e le rappresentanze professionali (IPASVI, FNCO, TRSM) che unitariamente hanno elaborato una piattaforma condivisa, è il rilancio delle professioni. Al termine interviene la ministra Beatrice Lorenzin che fa presente le difficoltà che in-

contra nel dialogo tra le istituzioni e i cittadini nell'ambito sanitario data la complessità del sistema e soprattutto i cambiamenti e le trasformazioni da condividere con tutti i professionisti sanitari. Rivolgendosi alla platea chiede uno sforzo culturale da parte di tutti: *"il sistema è in trasformazione, il lavoro deve cambiare nei prossimi 5 anni. In questa prospettiva vanno operate scelte difficili e coraggiose considerato il contesto che ha determinato la crisi economica"*. Secondo il ministro le Regioni scaricano la loro responsabilità organizzativa sul governo e anziché rimodulare il proprio SSR sulla base delle risorse disponibili hanno tagliato servizi. Ma le risorse per il rinnovo dei contratti? *"Stiamo studiando soluzioni per individuare le risorse che devono essere trovate tra i risparmi di spesa"*, afferma laconica la ministra Lorenzin. Quasi a replicare la Presidente IPASVI Barbara Mangiacavalli ha tenuto a sottolineare (precisando le ragioni per cui la Federazione ha aderito all'iniziativa), che l'attuale dotazione organica di Infermieri in Italia non consente procedure assistenziali conformi agli standard di sicurezza. Nelle ultime settimane alcuni studi internazio-

nali sono stati presentati in Italia (un rappresentante di IpasviBs era a Genova, per RN4Cast) e tutti confermano il dato che nel nostro paese dovremmo assumere qualche decina di migliaia di infermieri per essere al passo con gli altri stati europei. Sia per garantire il turn over sia per introdurre nuovi servizi, come sbandierato da ogni regione e dalle rispettive riforme. Questi studi dicono con significatività statistica quello che intuitivamente già tutti sappiamo, cioè che con il diminuire degli infermieri aumentano i rischi per i pazienti e si presentano problemi di sicurezza e salute per i colleghi stessi.

Poi c'è bisogno di revisionare il Codice deontologico, non solo per l'art. 49. Lo fanno bene i colleghi che lo usano come strumento di analisi dei casi etici e che ne fanno una guida per i dilemmi etici del quotidiano. C'è da augurarsi che ci siano alcuni di questi colleghi nel gruppo che lo sta rielaborando, visto che la Federazione dichiara i lavori "in fase avanzata". Comunque tutti gli infermieri che lo vorranno, dichiara la presidente nazionale, potranno esprimersi grazie a una consultazione on line i cui meccanismi porteranno a un Codice davvero di tutti.

Due parole sui due DDL che più ci interessano e che sembrano proprio in dirittura d'arrivo. A fine maggio il Senato (relatrice la lombarda De Biase, PD) ha approvato il Decreto che istituisce tre ordini per tutte le professioni sanitarie. Gli infermieri e gli infermieri pediatrici (420mila circa) avranno un loro ordine con due albi, mentre le Assistenti Sanitarie confluiranno nell'Ordine delle professioni tecniche. Da sole le ostetriche. Manca l'ultimo passaggio alla Camera.

Il secondo dispositivo di legge è il cd DDL Gelli, sulla responsabilità professionale. In questo testo si sono recuperati due aspetti importanti per la professione: il Risk Manager non dev'essere per forza medico (sono occorsi vari interventi di giuristi per tranquillizzare molti di loro che si sentivano declassati, avendo visto sostituire il termine "medico" con la locuzione "esercente la professione sanitaria") e sono stati riconosciuti i CTU (Consulenti Tecnici d'Ufficio) e periti nei tribunali. Su questo tema, recentemente anche presso il tribunale di Brescia, dopo anni di "chiusura" rispetto ad altre province, si sono registrati i primi colleghi "Infermieri Legali e Forensi".

Per quanto riguarda la nostra Regione speravo di potervi dire qualcosa di più sulla riforma, ma pur avendo atteso la fine di giugno, non sono anco-

ra state date le indicazioni per applicare le linee guida necessarie alla stesura dei nuovi POAS. Questa frase è già sufficientemente esplicita dello stallo istituzionale. Se aggiungiamo che in queste LLGG il servizio dell'infermiere di famiglia non è più neppure citato.. Sbandierato per circa tre anni (dalla delibera dell'aprile 2013 con cui Maroni lo annunciava all'indomani della sua elezione, al Libro Bianco e al testo di legge), ora pare già una moda superata. Noi continuiamo comunque a fare la nostra parte, (vedi alcuni contributi del Focus di questo numero dedicato alla riforma sanitaria regionale) anche se non nascondiamo di aver creduto che... anche i decisori ci credessero! Ad esempio ci piacerebbe sapere (e lo abbiamo chiesto) dove sono finiti i 90 milioni di euro che pochi mesi fa il Direttore Generale Sanità pubblicamente asseriva di aver accantonato per l'infermiere di famiglia.

Per finire questo lungo editoriale, una bella notizia per gli infermieri e in particolare per gli esercenti la libera professione. Il Consiglio di Stato ha dato ragione ai Collegi Lombardi che tre anni fa avevano fatto ricorso contro la decisione della regione Lombardia di mantenere la riserva in capo ai laboratori delle attività di prelievo domiciliare. In altre parole impedendo la libera concorrenza in questo ambito. La sentenza pone un caposaldo di riconoscimento dell'attività libero professionale dell'infermiere, che può operare in convenzione singolo o associato senza necessità di essere dipendente o collaboratore di un laboratorio.

Buona estate a tutti e buona lettura!

* *Presidente del Collegio IPAS.VI. di Brescia*



UNDICIDUE: La Giornata Europea del Numero Unico Europeo di Emergenza 112

di Marco Torriani*

Il giorno 11/02/2016 presso la sede del Consiglio Regionale del Piemonte si è svolta l'evento "UNDICIDUE", promosso e organizzato dal Coordinamento Collegi Ipasvi Piemonte in cui ha visto la presenza alla tavola rotonda anche dello scrivente.

Evento scientificamente preparato ed esposto dai colleghi Marioluca Bariona, Stefano Agostinis e Fabio Mozzarelli (già noti al Collegio Ipasvi di Brescia per la loro presenza al Convegno Cives dell'ottobre 2015).

Relatori e invitati alla tavola rotonda di alto profilo per conoscenza e competenza sul tema. Tutti professionisti del Soccorso Pubblico, operanti nelle rispettive Centrali Operative di Comando e Controllo dell'Emergenza (Infermieri e Medici per il Soccorso Sanitario, Forze dell'Ordine per la Pubblica Sicurezza e Vigili del Fuoco per il Soccorso Tecnico). Presenti anche le rappresentanze di Cittadinanzattiva e Associazione Consumatori. La parte espositiva ha permesso di fornire informazioni più che dettagliate sul tema del Numero Unico Europeo di Emergenza 112 alle rappresentanze presenti sia operative che di governo regionale, focalizzando l'indirizzo per altro già inten-

zionalmente diretti a perseguire, ovvero applicare il Numero Unico Europeo di Emergenza 112 partendo da Centrali Operative Interforze (si veda anche Tdn n. 66 per una panoramica sul tema).

Quanto sopra essendo consci che in tali strutture devono operare le professioni definite per norma di legge e per conoscenza, consapevolezza, competenza e autorevolezza del tema e dell'ambito professionale. Non figure ibride. Consci che al Cittadino deve essere garantita una risposta unica, professionale e risolutiva al bisogno di Emergenza.

La tavola rotonda (senza precedenti in Italia in fase di studio e approfondimento di tale tema), ha permesso l'espressione di valide considerazioni sui seguenti punti:

1. Unicità del numero di Emergenza come opportunità di sviluppo di una moderna Public Safety e Homeland Security.
2. Valorizzazione e sviluppo delle conoscenze di competenza dei vari enti coinvolti.
3. Elevazione di qualità del lavoro e delle professioni nelle Centrali Operative Interforze.
4. Centrale Operativa Interforze quale modello ottimale per la realtà "epidemiologica" degli eventi e per le professioni in campo.
5. Rivisitazione normativa che abolisca in tema

di Soccorso Pubblico e Sicurezza la frammentazione Regionale (un ostacolo allo sviluppo di moderni sistemi di Sicurezza e Soccorso).

6. Normativa che sia più incisiva, nitida e ampia sui campi d'azione dei professionisti che operano nelle Centrali Operative.

Le conclusioni hanno anche portato all'attenzione il tema dell'informazione al Cittadino sul Numero Unico Europeo di Emergenza 112 (sia come numero che come organizzazione).

Da parte di tutti i relatori e invitati la volontà di proseguire lo scambio di conoscenze per definire l'assetto organizzativo nella Regione Piemonte.

Si è posto quindi un mandato, portando attorno a un tavolo le forze professionali di Soccorso Pubblico. Lo stimolo più volte citato dell'opportunità del Numero Unico Europeo di Emergenza 112 nel contesto Italiano, questa volta deve essere applicato a 360° nell'ottica di revisione ed evoluzione di tutta la struttura del Sistema di Soccorso Pubblico e Sicurezza, facendo sì che il Numero Unico Europeo di Emergenza 112 diventi il "tetto" solido di una struttura altrettanto solida, efficace, efficiente e garante per la triade sopra citata. L'Italia con tutto il suo ordinamento amministrativo e professionale deve interrompere quel malsano modo di applicare "inventando partendo dai tetti", ma deve applicare analizzando, studiando le evoluzioni del tempo e le buone prassi in atto in altri Paesi UE, facendo evolvere quanto già abbiamo a disposizione da decenni. Si eviteranno per sempre continui rimaneggiamenti che oltre a comportare costi, determinano la poca salubrità di un sistema pubblico. E la territorialità (professionale in primis), "partendo dal basso" deve essere maestra molto di più.

Nel Soccorso Pubblico e nella Sicurezza abbiamo le Professioni legittime deputate a tale Servizio per fonte di diritto (e quindi non ibride), le strutture (molte e alcune di esse in buono stato di utilizzo), la tecnologia (molto varia da cui estrapolare una unica per tutti). Non servono altri anelli costosi (come appunto degli anelli), che "cortocircuitano" il Sistema Sicurezza e Soccorso. Ma appunto un accorpamento di funzioni (vedasi Centrali Interforze).

La Politica in questo ambito deve essere più Politica, allo stesso modo la Politica Professionale. Ne va dello sviluppo di un Paese, se tale è reso sicuro nel momento più critico quale la risposta e la gestione del bisogno di Emergenza del Cittadino. Il Numero Unico Europeo di Emergenza 112 è "un treno che si è fermato alla stazione Italia", sulle cui carrozze tutti gli enti deputati al Soccorso Pubblico e le relative professioni, devono poter salire con pari dignità ponendosi al servizio del cittadino. Seguendo gli altri paesi nell'osservanza delle buone prassi. Buone prassi richiamate anche di recente nell'interrogazione in Commissione UE da parte dell'Europarlamentare Luigi Morgano.

Per approfondimenti

www.eena.org

www.nue112.eu

www.undicidue.eu

- * *Infermiere (Consigliere Ipasvi Brescia), Appassionato di Public Safety e Homeland Security
Membro dell'Emergency Service Staff Network (Essn) dell'European Emergency Number Association (Eena)*



Immagine per gentile concessione di Pozzi Francesca

L'evoluzione del sistema sanitario e le opportunità di sviluppo strategico della professione infermieristica in Lombardia

di Roberto Cotta Ramusino*

Introduzione di Stefano Bazzana

In occasione del convegno del 2 aprile scorso, ho avuto modo di introdurre la relazione preparata a quattro mani dal prof. Francesco Longo e dal prof. Roberto Cotta (di cui riportiamo il testo integrale nelle pagine successive), magistralmente tenuta da quest'ultimo nella sala conferenze di Ubi Banca. Considerato il focus di tutte le relazioni della giornata, è stata altresì l'occasione per presentare agli iscritti, seppur brevemente, il testo della legge di riforma del sistema socio-sanitario lombardo (Legge regionale 11 agosto 2015 – n. 23) che, nei principi e nelle intenzioni, si caratterizza per la volontà, la determinazione e l'ambizione di perseguire un cambiamento profondo del sistema di erogazione dei servizi socio sanitari in tutto il territorio della regione.

La legge di riordino ha delineato un assetto ad ampie maglie, che tuttavia vuole essere una risposta innovativa ad alcune dinamiche che nel corso degli ultimi decenni hanno trasformato il nostro sistema sanitario e che richiedono una

ridefinizione delle strutture e delle modalità di funzionamento delle diverse articolazioni dell'intero sistema.

La prima di queste è senza dubbio l'evoluzione da una prevalenza dell'acuzie al progressivo affermarsi del tema della cronicità e della fragilità. Il dato epidemiologico -unito a quello demografico- è oggettivo e chiarissimo: il passaggio dalla mono alla pluripatologia, il forte



incremento quantitativo e qualitativo del fabbisogno assistenziale, anche in chiave sociale e relazionale, il progressivo invecchiamento della popolazione, la trasformazione della struttura delle famiglie. Infine, i problemi di sostenibilità economica dell'intero sistema.

Gli effetti prodotti dall'azione concomitante di questi fattori impongono un cambiamento che dagli assetti istituzionali (le riforme che hanno coinvolto le diverse regioni) si estende a quelli organizzativi, fino a intervenire sui domini e sui contenuti delle professioni e discipline. Si tratta, in sintesi, di un "salto di paradigma". La riforma del sistema sociosanitario lombardo (Legge regionale 11 agosto 2015 – n. 23) si caratterizza per la volontà, la determinazione e l'ambizione di individuare e perseguire un cambiamento profondo del sistema di produzione ed erogazione dei servizi socio sanitari in tutto il territorio lombardo.

L'impalcatura della riforma si propone come una possibile risposta a questa sfida, disegnando un sistema di erogazione dei servizi che ha l'ambizione di garantire, tra gli altri, tre importanti macro obiettivi:

1. una "presa in carico multidimensionale" della persona, nella sua unicità e all'interno del contesto relazionale, familiare e sociale di riferimento;
2. una gestione del cittadino-utente necessariamente interdisciplinare, per affrontare in modo efficace i bisogni correlati alla cronicità e alla fragilità;
3. una gestione del nodo cruciale della continuità assistenziale, superando approcci frammentati e di tipo prestazionale e privilegiando la "medicina di iniziativa" in chiave proattiva, con una prevalente caratterizzazione di tipo assistenziale e sociale (tratto distintivo della professione infermieristica).

Certamente, per il raggiungimento di questi tre obiettivi macro, secondo i Collegi Lombardi diventa non più rinviabile l'attuazione di quanto previsto dall'art. 10 comma 10 della legge 23/2015, che prevede all'interno del Dipartimento delle cure primarie dell'ATS il Servizio dell'infermiere di Famiglia.

Le funzioni attribuite a tale servizio, definite e condivise proprio in queste ultime settimane da tutti i Collegi della Lombardia sono:

- favorire la presa in carico da parte del



sistema di cure primarie degli assistibili, in particolare se fragili o non autosufficienti, attraverso l'attivazione di regimi assistenziali sostenibili e di livello appropriato quali quelli della domiciliarità e residenzialità, attivando tutte le risorse delle reti assistenziali;

- coordinare le diverse professionalità presenti sul territorio al fine di garantire al cittadino l'assistenza infermieristica in regime di continuità assistenziale 24 ore su 24 e 7 giorni su 7, nel concetto più ampio della presa in carico dell'utente (guardia infermieristica) in risposta a bisogni assistenziali, che ad oggi producono accessi impropri al pronto soccorso e l'utilizzo inappropriato della rete di offerta socio sanitaria regionale;
- partecipare alla definizione di piani di assistenza condivisi, tenendo conto del Programma delle Attività Territoriali del distretto e del Piano sociale di Zona e verificare che i professionisti presenti sul territorio operino in conformità ai programmi stabiliti;
- promuovere e valorizzare la partecipazione dei cittadini, soprattutto delle loro Associazioni, assicurando forme di gestione sociale (programmazione dei servizi e valutazione dei risultati) nei vari presidi e servizi;
- favorire la ricomposizione dei percorsi, attraverso la realizzazione di attività interdisciplinare tra medici, specialisti, infermieri, e altri professionisti al fine di integrare operativamente le prestazioni sanitarie con quelle sociali;
- sviluppare rapporti di collaborazione multi professionale con l'ASST di riferimento sia per l'interdipendenza tra cure primarie, cure

specialistiche e diagnostica strumentale che per la definizioni di protocolli per accessi e dimissioni programmate;

- *sviluppare programmi di prevenzione e di educazione sanitaria per tutto l'arco della vita, basati su conoscenze epidemiologiche e sulla partecipazione informata dei cittadini;*
- *valutare gli outcomes assistenziali;*
- *favorire la comunicazione sanitaria a livello micro della relazione terapeutica professionisti sanitari/assistiti, a livello meso della comunicazione tra le strutture e a livello macro nei confronti della cittadinanza e della pubblica opinione;*
- *programmare la formazione sia del personale sia della popolazione di riferimento nell'ambito territoriale;*
- *promuovere interventi di medicina di iniziativa sulla comunità;*
- *concorrere alla realizzazione ed alla fruizione di un sistema informativo/informatico più completo.*

Il Servizio è costituito da un dirigente e da un numero di infermiere proporzionale alle dimensioni della popolazione afferente all'ATS. Gli infermieri che costituiscono il servizio devono avere almeno 5 anni di esperienza in ambito territoriale o formazione specifica (master per infermiere di famiglia o care management).

Per concludere, la molteplicità dei temi affrontati dalla riforma, i rilevanti livelli di innovazione e complessità, la pluralità degli ambiti e dei livelli di attività e di servizio interessati hanno prodotto un articolato legislativo che, in alcune parti, sembra lasciare spazi aperti a differenti declinazioni operative e a diverse interpretazioni, elementi, questi, in grado di condizionare in misura rilevante la fase attuativa.

Lavorando nell'ottica di promuovere lo sviluppo del sistema sociosanitario lombardo, la professione infermieristica -che con gli stessi consulenti ha affrontato queste tematiche a livello nazionale- può certamente offrire un suo contributo propositivo e innovativo, coniugando sinergicamente le esigenze del sistema con i fabbisogni di sviluppo strategico della professione, di legittimazione e riconoscimento dei professionisti che la compongono.

INDICE

- A. L'evoluzione dello scenario ambientale.
- B. Il salto di paradigma: il nodo della cronicità e la multi patologia
- C. Il contributo della professione infermieristica nel processo di implementazione della riforma lombarda.
- D. Alcune aree su cui focalizzare l'innovazione nello scenario delineato dalla riforma lombarda.
- E. La necessità di progettare nuovi assetti organizzativi, per rispondere alle nuove sfide.
- F. Dove investire sullo sviluppo della professione
- G. Le configurazioni dei nuovi assetti organizzativi
- H. Una mappa per focalizzare gli sforzi
- L. La posizione degli infermieri: elementi per la definizione di una strategia

L'evoluzione dello scenario ambientale

Nel corso degli ultimi decenni il sistema sanitario italiano, di cui il SSN è una componente fondamentale, è stato attraversato da alcune dinamiche, ancora fortemente presenti, che lo hanno trasformato profondamente, determinando una profonda riconfigurazione degli assetti complessivi, con importanti modifiche che hanno inciso sulle singole strutture operative, sul portafoglio dei servizi offerti e sulle modalità di funzionamento.

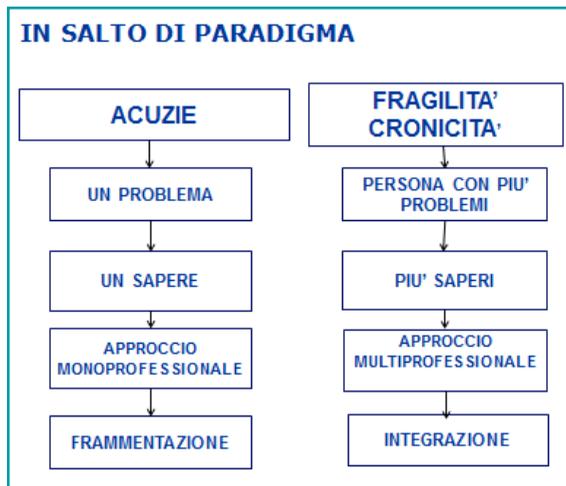
Vi sono stati, infatti, cambiamenti radicali sul fronte dei bisogni e nella dinamica dei flussi delle risorse, accompagnati da una profonda evoluzione delle conoscenze scientifiche e delle tecnologie; l'insieme di questi fenomeni sta determinando una ben visibile discontinuità nel sistema sanitario nel suo complesso e, in particolare, nel SSN.

Conoscere ed interpretare le trasformazioni strutturali dello scenario è fondamentale per costruire un efficace posizionamento strategico per tutti gli attori che vogliono agire "da protagonisti"; l'ambiente di riferimento rappresenta, infatti, il naturale "terreno di gioco" per le strategie di sviluppo di ogni comunità professionale, sempre che si assuma l'ambizioso obiettivo di costruire un posizionamento

intenzionale, qualificato e duraturo all'interno dello scenario competitivo.

In questa prospettiva, l'ambiente rappresenta l'ambito in cui si co-determina il cambiamento; ne consegue la necessità di dover guardare attentamente e realisticamente alle trasformazioni dell'ambiente, in chiave anticipatoria e proattiva, per prevenire e fronteggiare le minacce e per cogliere le molte opportunità, definendo un efficace mix di obiettivi, che dovranno essere perseguiti con il sostegno di una adeguata strategia.

In questi ultimi anni si assiste, da un lato, ad una radicale trasformazione delle attese e dei bisogni del cittadino/utente/paziente e della collettività, dall'altro, ad una progressiva contrazione e diversa composizione (mix pubblico-privato) delle risorse economiche e finanziarie destinate al SSN.



Il salto di paradigma: il nodo della cronicità e la multi patologia

Senza alcuna pretesa di proporre una lettura compiuta, è qui sufficiente porre l'attenzione sulle implicazioni del passaggio dal paradigma dell'acuzie a quello della cronicità/fragilità e della multi patologia, con la conseguente necessità di privilegiare una "presa in carico" multi dimensionale della persona, progettando una risposta mirata alla vasta gamma di bisogni, con una azione coordinata e integrata di tipo multi professionale.

Si tratta di un importante "salto di paradigma", culturale, professionale e organizzativo, passag-

gio che impone una non facile modifica delle priorità e dei focus di attenzione prevalente nelle seguenti direzioni:

- dalla precedente logica "dell'acuzie", caratterizzata da una attenzione prevalente, se non esclusiva, ai singoli problemi/episodi alle persone, inquadrati e affrontati in modo frammentato e puntiforme;
- al nuovo paradigma della "cronicità", naturalmente portato a guardare alle persone in modo sistemico, ai loro problemi, spesso interdipendenti, all'evoluzione di questi nel tempo e al contesto sociale e relazionale in cui le persone sono inserite.

Lo schema seguente descrive le caratteristiche essenziali dei due paradigmi.

L'andamento dei flussi di finanziamento del SSN. Una seconda variabile, fortemente impattante, è identificabile nell'andamento dei flussi di finanziamento, con particolare attenzione a quanto accaduto nel corso degli ultimi anni; periodo in cui si è rilevato, da un lato, un mutamento del mix della componente pubblica e privata nel volume complessivo delle risorse assorbite dal SSN (con una crescita, nel privato, della componente intermediata), dall'altro, una drastica riduzione della crescita della spesa pubblica complessiva destinata al SSN, sempre più correlata con l'andamento del PIL, la cui crescita è prevista nel prossimo futuro assai contenuta.

Guardando alle dinamiche economico finanziarie che potrebbero incidere sul Servizio Sanitario Nazionale nel prossimo futuro non si può fare a meno di guardare alla sostanziale stabilizzazione, a partire dal 2009, della spesa sanitaria pubblica; con l'aggiunta delle non irrealistica previsione che anche la sanità sia chiamata a contribuire al risanamento della finanza pubblica in un quadro di debole crescita economica.

Il contributo della professione infermieristica nel processo di implementazione della riforma lombarda

Si ritiene logico e corretto che una comunità professionale, soprattutto se centrale nel funzionamento del sistema socio sanitario e di grandi dimensioni numeriche (tipico caso degli infermieri), può e deve provare a orientare e influenzare i processi di interpretazione e attuazione

della riforma, sia a livello istituzionale che aziendale; tutto questo però, deve sempre avvenire avendo come fine la qualificazione complessiva del sistema, superando, di conseguenza, particolarismi e visioni frammentate.

Nel caso specifico, la stretta correlazione tra i caratteri distintivi della professione infermieristica e i nuovi bisogni della popolazione rassicura sulla possibilità di trovare soluzioni di ampio respiro, capaci di rispondere contemporaneamente ai nuovi bisogni e alle esigenze di legittimazione e sviluppo della professione.

La comunità infermieristica lombarda, tramite le proprie espressioni istituzionali, ha dunque l'occasione di offrire un proprio contributo innovativo e qualificato attraverso molteplici forme, quali: la presentazione di indicazioni e suggerimenti per la fase di concreto avvio della riforma; la proposizione di un proprio "punto di vista" sorretto da una "visione di alto profilo", la messa in campo di interpretazioni e soluzioni di taglio operativo. A tal fine è indispensabile l'acquisizione e la diffusione nella professione di un comune orizzonte concettuale, in grado, comunque, di lasciare sufficiente spazio a soluzioni rispondenti alle diverse contingenze locali.

Per governare questo processo complesso sono indispensabili alcune precondizioni che rappresentano una base essenziale per una interlocuzione efficace della professione nei diversi momenti di confronto istituzionale, organizzativo e professionale, in cui essa sarà chiamata.

In particolare è necessario garantirsi:

- il chiarimento e la condivisione degli obiettivi che si intendono perseguire;
- l'acquisizione e la metabolizzazione di alcune chiavi di lettura generali per leggere l'evoluzione dello scenario, le principali dinamiche operanti nel sistema delle aziende, le forze in campo e i terreni su cui sviluppare progettualità e tessere alleanze;
- il consenso diffuso e un sufficiente livello di condivisione nel leggere e interpretare alcuni macro fenomeni, sia sul fronte delle diagnosi che delle possibili soluzioni;
- la capacità di progettare iniziative di alto profilo per valorizzare o orientare le dinamiche presenti nel sistema delle aziende, all'interno di un quadro concettuale di riferimento comune e condiviso, pur tenendo conto delle specifiche situazioni.

La costruzione condivisa di una comune visio-



ne implica un grande salto culturale e metodologico che può essere facilitato da un supporto esterno qualificato, capace di svolgere una funzione formativa e di supporto metodologico, contribuendo anche ad alimentare la costruzione di visioni e percezioni più omogenee nell'intera comunità professionale.

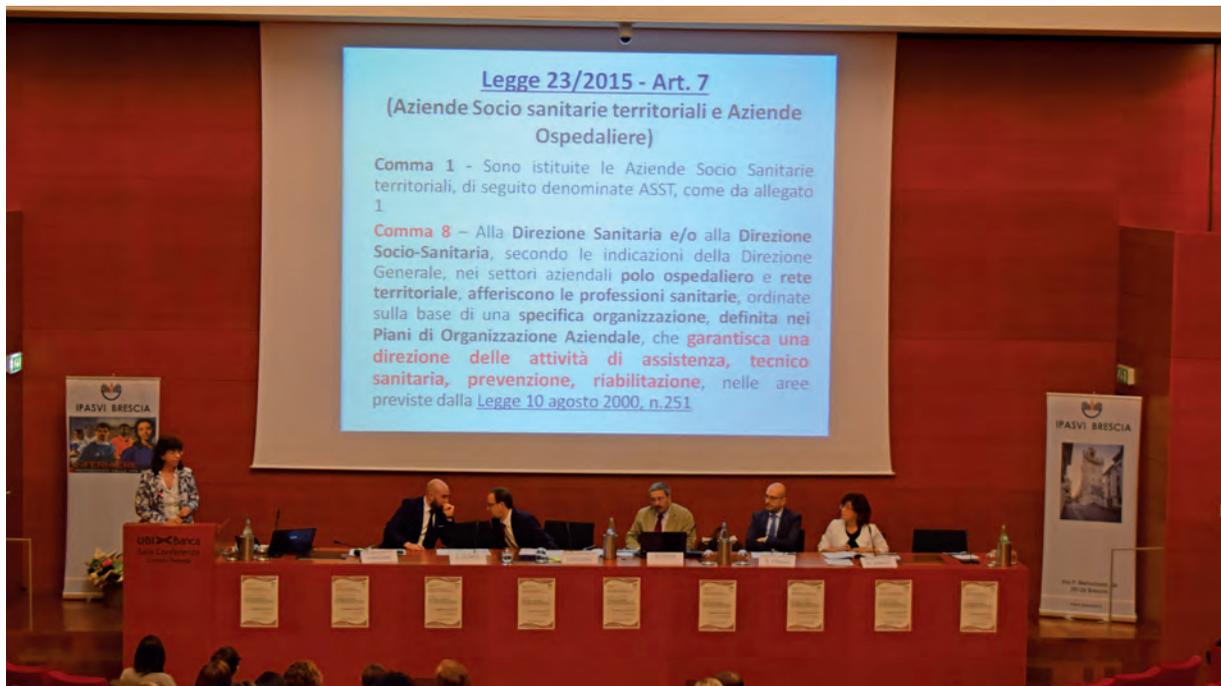
Alcune aree su cui focalizzare l'innovazione nello scenario delineato dalla riforma lombarda

Per focalizzare i propri sforzi e promuovere il processo di cambiamento, la comunità infermieristica lombarda ha individuato quattro aree di intervento che si ritengono prioritarie, per i seguenti motivi:

- risultano molto innovative, rispetto al sistema precedente;
- sono determinanti nel processo di implementazione della riforma;
- sono ambiti dove la professione può offrire un importante contributo, anche in chiave di innovazione, a servizio della popolazione e della comunità;
- si connotano come interessanti opportunità per la professione.

Le quattro aree su cui dedicare, in una prima fase, particolare attenzione sono le seguenti:

- la Direzione delle Professioni Sanitarie;
- il Servizio dell'infermiere di famiglia;
- il ruolo dell'infermiere nei POT e nei PreSST;
- il ruolo degli infermieri nelle UCCP.



Legge 23/2015 - Art. 7
(Aziende Socio sanitarie territoriali e Aziende Ospedaliere)

Comma 1 - Sono istituite le Aziende Socio Sanitarie territoriali, di seguito denominate ASST, come da allegato 1

Comma 8 - Alla Direzione Sanitaria e/o alla Direzione Socio-Sanitaria, secondo le indicazioni della Direzione Generale, nei settori aziendali polo ospedaliero e rete territoriale, afferiscono le professioni sanitarie, ordinate sulla base di una specifica organizzazione, definita nei Piani di Organizzazione Aziendale, che **garantisca una direzione delle attività di assistenza, tecnico sanitaria, prevenzione, riabilitazione**, nelle aree previste dalla Legge 10 agosto 2000, n.251

La necessità di progettare nuovi assetti organizzativi, per rispondere alle nuove sfide

Le rilevanti modifiche sul fronte dei bisogni, accompagnate dal vincolo della “scarsità delle risorse”, si riflettono necessariamente sugli assetti organizzativi, con una profonda influenza sulle due variabili che caratterizzano i disegni organizzativi: la struttura e i sistemi operativi.

Sul versante della struttura organizzativa, ovvero della modalità con cui si distribuiscono su base relativamente stabile compiti e responsabilità nelle aziende sanitarie, il progressivo superamento del modello della acuzie (che comunque manterrà una sua dimensione di continuità, pur contenuta), ha comportato la messa in discussione delle logiche tradizionali di articolazione organizzativa basate sulla codificazione e strutturazione dei “saperi”, con un forte peso relativo della “componente medica”, grazie alla storia di questa professione e al suo radicamento sociale, organizzativo e istituzionale, unitamente all’ancoraggio in ambito universitario.

La naturale frammentazione organizzativa, figlia dell’evoluzione mono specialistica dei “saperi” e del conseguente processo di divisione e differenziazione — espressione di una specialità a sua volta articolata come risposta a uno specifico insieme di problemi di tipo clinico — ha

lasciato, progressivamente e in modo non uniforme, almeno in ambito ospedaliero, il posto al dipartimento e/o a strutture basate sulla coesistenza di una pluralità di dimensioni lungo le quali vengono articolate le responsabilità organizzative e professionali; si pensi ad assetti organizzativi quali: le piattaforme assistenziali e tecnico/operative, gli assetti dipartimentali, il dipartimento delle operations, i blocchi operatori, etc..

Se il contesto ospedaliero è quello dove il fenomeno è più evidente e più facilmente leggibile, anche il territorio è investito delle medesime dinamiche, con il progressivo affermarsi di modelli organizzativi centrati sui processi, che tagliano trasversalmente le diverse articolazioni organizzative, riunificandole sulla dimensione prevalente dei bisogni del paziente. In sintesi le strutture si fanno più complesse e si allontanano dalla consolidata “unidimensionalità a matrice medica”, con una prevalente connotazione specialistica.

Si assiste, di conseguenza, ad un mutamento del setting della cura e dell’assistenza, con sviluppi lungo due direzioni prevalenti; da un lato si registra una trasformazione e progressiva differenziazione degli ospedali per acuti, con l’emergere di alcune tendenze che vanno diffondendosi, in modo quasi uniforme a livello delle diverse regioni, almeno nelle dichiarazioni di intenti

e nei modelli proposti nella “documentazione istituzionale”.

Tra i nuovi modelli proposti si segnalano: contrazione dei posti letto per acuti, focalizzazione prevalente, nell’area dell’acuzie, sui processi organizzativi e assistenziali, graduati secondo il criterio dell’intensità di cura o della complessità assistenziale, trasformazione di posti letto per acuti in posti letto per la gestione della fase post acuzie, attraverso la creazione dei cosiddetti “ospedali di comunità o di territorio”, l’attivazione delle “Case della Salute” in ambito territoriale, il potenziamento dell’ospedalizzazione domiciliare, etc.

Guardando dal lato della necessaria correlazione tra ospedale e territorio, assume maggiore forza e rilevanza la necessità di rispondere al fabbisogno di integrazione e coordinamento tra questi due mondi, spesso in contrapposizione organizzativa e culturale; vanno così affermandosi ruoli di coordinamento o meccanismi di integrazione tra ospedale e territorio, centrati sulla necessità di garantire un efficace livello di “continuità assistenziale”, con una attenzione alla dimensione sociale.

La progettazione organizzativa deve trovare risposte in grado di legare e ricucire queste due realtà, anche delineando nuove articolazioni organizzative, con le innumerevoli possibili declinazioni: la nascita o il potenziamento di strumenti di transitional care, l’investimento in strutture di presa in carico del paziente in fase post acuta, nascita o potenziamento di strumenti di intermediate care.

Dove investire sullo sviluppo della professione

Il primo “ambito naturale” per lo sviluppo e la legittimazione della professione e per favorire l’assunzione di maggiori responsabilità professionali è la società, con tutte le sue molteplici articolazioni; ne consegue la necessità per la professione infermieristica di promuovere e sviluppare strategie finalizzate ad assumere un ruolo influente e autorevole nei diversi contesti (organizzativi, sociali, relazionali, istituzionali, di comunicazione, etc.) dove si affrontano e si dibattono le questioni attinenti alla sanità, considerata come la “casa comune” di tutti i professionisti che vi operano all’interno, costruendo un sempre più qualificato “patto assistenziale per la

salute della comunità”, con la conseguenza di favorire il processo di legittimazione sociale della professione, ad oggi non pienamente concluso.

Un secondo ambito di investimento per lo sviluppo della professione è individuabile nel sistema sanitario stesso, sviluppando la capacità di relazione e interlocuzione con gli altri soggetti (quali ad esempio le società scientifiche, le altre comunità professionali e le imprese farmaceutiche), con le regioni e con le diverse articolazioni del tessuto istituzionale.

Volendo lavorare in una prospettiva unitaria e multi livello, un terzo luogo privilegiato di investimento per lo sviluppo della professione è rappresentato dalle stesse aziende sanitarie in cui i professionisti operano, sia nelle linee che di staff (attraverso l’assunzione di ruoli specialistici o la creazione di posizioni contendibili), sia nel presidio di processi operativi organizzativi e assistenziali.

Se, da un lato, la legittimazione e lo sviluppo della professione dovranno essere sostenuti nella società e nel sistema, dall’altro, le aziende rimangono il luogo in cui il cambiamento può e deve essere realizzato e dove con maggiore evidenza si possono manifestare i vantaggi della professione.

La situazione attuale, che può essere considerata come un possibile vantaggio, richiede, da un lato, un nuovo approccio al disegno degli assetti organizzativi, dove risulta ampiamento superato il precedente criterio che privilegia logiche professionali, con il rischio inevitabile di alimentare una frammentazione, oggi difficile da sostenere anche economicamente; dall’altro la complessità e la varietà delle nuove configurazioni organizzative e il ruolo che le strutture progressivamente assumono, impongono visioni più articolate e dinamiche delle opportunità e dei percorsi di carriera. Diviene, quindi, fondamentale guardare alle differenti e variegate configurazioni organizzative, valutando le opportunità complessive (non solo nelle strutture, ma anche in altri ruoli a valenza trasversale) che esse offrono.

Le configurazioni dei nuovi assetti organizzativi

Le spinte strutturali prima descritte alimentano l’attivazione di nuovi modelli organizzativi, che richiedono necessariamente una profonda modifica dei precedenti criteri di progettazione



organizzativa; in questa prospettiva si ritiene indispensabile il superamento del criterio correlato ai “saperi” disciplinari, puntando ad una trasformazione delle strutture organizzative, in area ospedaliera e sul territorio.

A fronte della nuova complessità da gestire risulta insufficiente un investimento sulle sole strutture organizzative; è altresì indispensabile intervenire sui sistemi operativi, introducendo una serie di meccanismi che mettono in stretta interconnessione le differenti articolazioni organizzative, e rendono possibile l'azione di tessitura e ricucitura di specifici ruoli di integrazione e coordinamento o la gestione integrata di processi trasversali organizzativi e assistenziali.

Rientrano in questo ambito ruoli e meccanismi funzionali alla gestione dei processi trasversali (il case management, il care management, i PDTA, le reti di patologia, etc.) e all'assunzione di responsabilità su progettualità interdisciplinari, a servizio della “presa in carico” multi dimensionale e delle gestione della continuità assistenziale del paziente.

La necessità di una focalizzazione sui bisogni dei pazienti, nella loro unitarietà e continuità nel tempo, non trova risposta solo in una nuova riconfigurazione degli assetti organizzativi, dove la sola variabile strutturale potrebbe, se considerata isolatamente, alimentare una ulteriore frammentazione, seppure su basi diverse.

I nuovi disegni organizzativi tendono necessariamente a rimodulare il sistema dei ruoli, anche attraverso la creazione di una rete di nuove responsabilità, ancorate su variabili diverse da

quella di natura professionale, considerata in termini di esclusività e unicità. Si tratta di responsabilità trasversali, non legate alle strutture, che trovano una base comune nella necessità di “riconnettere” attorno al paziente e ai suoi bisogni l'insieme delle prestazioni, dei processi e dei servizi prodotti dalle diverse articolazioni organizzative.

Queste responsabilità, come ad esempio quelle collegate ai PDTA, ai “poli o reti di patologia”, al case management, al care management, alla continuità ospedale territorio, all'infermiere di famiglia o di comunità, etc., si connotano per una forte matrice professionale, intesa non tanto in senso mono specialistico, quanto in termini di conoscenza e radicamento nei processi clinico-assistenziali, con una stretta correlazione tra dimensione specialistica e fabbisogni organizzativi.

Responsabilità che devono esprimersi attraverso una forte capacità progettuale, capace di valorizzare e orientare tutti i professionisti coinvolti nel processo assistenziale, unitamente alla capacità di progettare e gestire team interdisciplinari, con la necessaria autorevolezza, fondata su basi professionali e su competenze relazionali e di leadership.

Una mappa per focalizzare gli sforzi

Lavorando nella prospettiva strategica di puntare ad aprire spazi di sviluppo organizzativo per la professione occorre considerare con grande attenzione la gamma delle posizioni organizzative potenzialmente fruibili, tenendo

conto della dimensione specialistica e di quella manageriale.

Per compiere una più corretta e puntuale ricognizione delle possibili opportunità e degli ambiti su cui focalizzare gli sforzi è indispensabile definire specifiche priorità, considerando le diverse opzioni realisticamente perseguibili. La seguente classificazione rappresenta una possibile “bussola di riferimento”:

- ruoli e posizioni a matrice professionale obbligatoria, lungo l’asse dell’approfondimento specialistico (supervisione e coordinamento professionale, conduzione di unità mono professionali, funzioni di organizzazione e gestione della professione). Si tratta di uno sviluppo organizzativo in un contesto mono professionale, con sempre maggiori livelli di complessità, supportati da una evoluzione di tipo verticale, caratterizzata da una forte accentuazione specialistica;
- ruoli e posizioni a matrice professionale contendibile, per i quali si ritiene che la professione esprima un chiaro vantaggio competitivo rispetto alle altre, grazie alla formazione, alle esperienze fatte e ai risultati raggiunti, vantaggio che deve essere ben evidenziato, reso chiaramente riconoscibile per la posizione oggetto di attenzione e argomentato nei confronti di altri potenziali concorrenti;
- ruoli e posizioni a matrice professionale contendibile per i quali si ritiene che la professione non esprima un chiaro vantaggio competitivo, ma rispetto ai quali sarebbe importante riuscire ad affermare la visione infermieristica (a titolo di esempio, si ricorda il ruolo di risk manager). In questo caso occorre “giocare in campo aperto”, confrontandosi con altri professionisti e attrezzandosi per dimostrare di poter disporre di alcune interessanti “carte vincenti”, da spendere nel confronto, aperto e franco, con altre figure professionali;
- ruoli e funzioni a caratterizzazione manageriale prevalente (di line e di staff), nei quali è importante che gli infermieri riescano a dimostrare la propria capacità competitiva all’interno di una platea vasta e variegata di potenziali figure professionali interessate.



La posizione degli infermieri: elementi per la definizione di una strategia

Nei paragrafi precedenti si sono evidenziati i principali fattori che alimentano un intenso e diffuso processo di cambiamento, che possono essere così riassunti:

- cambiano i bisogni di salute, a seguito dell’aumento delle patologie croniche e dell’area della non autosufficienza con le problematiche correlate, mentre si riducono i bisogni e i tempi assistenziali delle patologie acute;
- lo sviluppo delle conoscenze determina la destrutturazione dei “saperi” tradizionali (in particolare di quelli clinici) e l’esigenza di ricomporre nuovi know how professionali in modalità operative sempre in continua e rapida evoluzione;
- cambiano i modelli organizzativi che, anche in relazione all’evoluzione tecnologica, si configurano sulla base di nuovi principi clinico-organizzativi (quali, ad esempio, la continuità della cura ospedale-territorio, l’assistenza domiciliare, la telemedicina) o reinterpretano in chiave evolutiva alcuni principi del passato (quali, ad esempio, l’assistenza per intensità di cura e i percorsi diagnostico terapeutici assistenziali);
- assume sempre maggiore rilevanza il vincolo della “scarsità delle risorse” a fronte delle progressiva crescita dei bisogni.

Questi cambiamenti vanno osservati con attenzione, cercando di cogliere le opportunità offerte dall’evoluzione dello scenario.

Alcuni di essi non sono controllabili dalle professioni, in questo caso occorre una grande capacità di comprensione dei fenomeni: ambientali, istituzionali e normativi; diventa cruciale, in questo caso, sviluppare capacità di anticipazione o di rapida reazione. Altri, come nel caso dei modelli organizzativi, possono essere influenzati e governati, almeno in parte, dalle professioni, grazie alla capacità, già ampiamente dimostrata in talune situazioni, di incidere sui livelli istituzionali regionali o in ambito aziendale; resta sempre aperta la strada di costruire alleanze con altre professioni che hanno motivazioni, aspettative e interessi convergenti o complementari.

È quindi essenziale comprendere e identificare in modo realistico, e non utopistico, quali siano gli elementi del primo e del secondo tipo, al fine di non sprecare energie nel cercare di influenzare cambiamenti esterni non controllabili o difficilmente controllabili.

In particolare, per quanto riguarda la capacità di adattamento ai cambiamenti esterni e la capacità di influenzare i fattori e gli ambiti controllabili dalla professione infermieristica, occorre sottolineare che i sistemi di offerta (lungo la filiera della prevenzione primaria e secondaria, diagnosi, cura in ospedale e in setting extra ospedaliero, riabilitazione, sia collegata alla fase post acuta che alla cronicità) sono caratterizzati da una elevata complessità e da una forte e crescente interdipendenza tra diverse professioni.

I modelli organizzativi del passato a “canne d’organo” che separavano strutture (tra reparti, divisioni, unità operative) o tra professioni (i medici, gli infermieri, i tecnici della riabilitazione, gli OTA o gli OSS), sono sempre meno funzionali, e quindi sempre meno difendibili. In altri termini la specificità delle professioni e il loro apporto originale ai processi di cura, insieme alla loro legittimazione, passa sempre meno da una netta separazione delle configurazioni organizzative.

In questo contesto la professione infermieristica, come del resto le altre che operano nel sistema di tutela della salute, si trova di fronte ad una sfida lungo molteplici direzioni:

- sviluppare e caratterizzare la professione in senso verticale, ossia in relazione alle conoscenze, competenze, abilità, attitudini richieste da specifiche attività (quali, ad

esempio, ricordiamo, l’infermiere di area critica, di sala operatoria, di famiglia e di comunità);

- ampliare e qualificare il contenuto della professione, in prospettiva di un coordinamento mono professionale (innalzamento), tramite l’acquisizione di conoscenze, competenze, abilità, attitudini di tipo organizzativo, per una gestione efficiente ed efficace delle persone e delle risorse, in un contesto mono professionale;
- ampliare e qualificare il contenuto della professione in orizzontale (allargamento), tramite l’acquisizione di conoscenze, competenze, abilità, attitudini di tipo organizzativo, relative alla gestione di team multi professionali, all’attivazione, gestione, monitoraggio e valutazione di progettualità interdisciplinari, all’impiego delle risorse, sulla valutazione dei risultati (definiti in diverso modo come appropriatezza, efficacia, efficienza, controllo dei rischi e sicurezza per il paziente e per il personale), in una prospettiva di taglio organizzativo e relazionale, anche se con un forte ancoraggio professionale;
- per accrescere la propria autorevolezza e per meglio affrontare e gestire situazioni potenzialmente conflittuali risulta utile, per tutti gli infermieri, sviluppare competenze, abilità, attitudini per meglio comprendere e gestire “relazioni” con i colleghi, con altre professioni, connotate da uno “status consolidato”, con il personale amministrativo, con la direzione strategica, con altri interlocutori istituzionali e organizzativi;
- sviluppare e completare competenze, conoscenze e abilità tipiche di posizioni di lavoro per il governo di funzioni aziendali (gestione del rischio clinico, governo della formazione, governo della qualità) non infermieristiche, ma a contenuto organizzativo-clinico-assistenziale.

Queste direzioni di sviluppo professionale non si escludono a vicenda, ma assumono un diverso peso in relazione ai diversi ruoli e alle diverse posizioni organizzative.

* *Docente Senior SDA Bocconi, Milano*

AFT e UCCP: la battaglia dell'accreditamento

di Roberto Ferrari*

Presentare, durante il convegno che lo scorso 2 aprile ha fatto da contorno all'Assemblea annuale, la Riforma del Sistema Socio Sanitario Regionale non è stato un compito semplice, come non lo è, in questo frangente, compiere un lavoro di aggiornamento sullo stato dell'arte di quello che è stato definito, dallo stesso Presidente della Regione Roberto Maroni, come un processo evolutivo di durata pluriennale.

All'inizio di questo triennio, in occasione delle prime riunioni intercorse con gli altri Collegi lombardi, è emersa subito una valutazione comune; il testo finale della riforma ha mantenuto la vocazione del Libro Bianco, con tutte le difficoltà, ma anche le opportunità del caso.

Ci troviamo in una situazione piuttosto contrastante; da un lato abbiamo la possibilità di riscrivere (praticamente da zero) la storia della nostra professione in Lombardia, ma dall'altro è necessario proporre in maniera completa, articolata e al passo dei tempi, una





figura infermieristica efficace nei vari contesti che si sono venuti a creare dopo l'approvazione della Legge Regionale n. 23/2015.

Siamo quindi di fronte, per utilizzare una metafora forse abusata ma in questo caso calzante, alla classica pagina bianca, davanti alla quale abbiamo due possibilità: farci prendere dal panico e porci in una posizione passiva nei confronti di ciò che viene deciso dalla politica, o rimboccarci le maniche e metterci a progettare quello che vorremmo fosse il ruolo dell'infermiere nelle varie articolazioni della riforma.

I Collegi lombardi hanno scelto in maniera decisa per quest'ultima opzione, ricorrendo alla collaborazione con l'Università Bocconi di Milano.

Al di là della costellazione di sigle che va a comporre il testo della legge, gli infermieri che opereranno negli studi dei Medici di Medicina Generale afferenti alle AFT e quelli presenti nelle UCCP saranno impegnati nell'ambito delle cure primarie, come prescrive la Legge Regionale n. 23 del 2015 al comma n.3. Ciò significa che questi colleghi dovranno rappresentare, anche in ordine cro-

nologico, il primo punto di riferimento per l'utente, il quale tenderà a coincidere con l'utente del Medico di Medicina Generale. La riforma infatti, sempre al comma n. 3, individua fra le caratteristiche definenti delle cure primarie l'erogazione in studio o a domicilio e, soprattutto, l'accesso diretto e illimitato; da qui scaturisce la forte assonanza, dal punto di vista della collocazione nella "filiera" diagnostico-terapeutica e assistenziale, con il ruolo del Medico di Medicina Generale.

Stabilire quale deve essere la "vocazione" dell'infermiere di Studio Medico (e quindi più in generale delle AFT) e dell'UCCP, con l'obiettivo di differenziarlo dal servizio dell'infermiere di famiglia o da quello dei PreSST e dei POT sarà un passaggio fondamentale del percorso che abbiamo intrapreso con l'Università Bocconi; infatti la genericità del testo della riforma riguardo il ruolo della nostra professione in ognuno di questi ambiti, pone seriamente il rischio di sovrapposizioni, le quali potrebbero dare luogo a servizi simili ma con nomi diversi, con conseguente confusione per l'utente e, soprattutto, scarsa differenziazione dell'offerta.

Per quanto riguarda le Unità Complesse di Cure Primarie, il testo della legge lascia intravedere un setting ricco di potenzialità per l'infermiere lombardo, soprattutto per la loro vocazione multi professionale (Art. 10, comma 7). Se attuato nella maniera giusta, questo passo della riforma potrebbe determinare un passo in avanti non di poco conto per la nostra professione, la quale attualmente, in ambito territoriale, può confrontarsi in maniera realmente multidisciplinare solo all'interno del servizio ADI. Se oltre a ciò saremo in grado mantenere un rapporto operativo di confronto costante con le AFT (e quindi con i Medici di Medicina Generale) senza tuttavia dipendere da loro economicamente (come purtroppo avviene in questo momento grazie al sistema di contributi erogati dall'ATS), l'infermiere potrebbe realmente emergere, vista la vocazione "multicentrica" della sua formazione di base, fra le altre professioni come figura di raccordo con l'utenza. Tuttavia per compiere questo passo e, insieme, per superare l'attuale modello che vede l'infermiere operante nello studio del Medico di Medicina Generale come una figura che oscilla fra il ruolo amministrativo/segretariale (purtroppo ancora la maggioranza) e quello infermieristico propriamente detto (proposto nei modelli virtuosi attivi nella nostra provincia), sarà fondamentale unire le forze, puntando all'accreditamento diretto con le ATS di forme associative multiprofessionali (libera professione) o cooperativistiche (lavoro dipendente). Da questo punto di vista la Legge n. 23 lascia spazi di manovra, soprattutto all'articolo n. 9 comma n. 2 e n. 3, dove si parla di "remunerazione omnicomprensiva" della gestione dell'assistito e, soprattutto, di criteri di accreditamento definiti direttamente dalla Regione. La battaglia per l'accreditamento pertanto non solo è aperta ma sarà fondamentale per l'affermazione di una figura infermieristica realmente indipendente e utile per venire incontro ai bisogni del cittadino.

Se al contrario l'attuale modello contributivo fosse confermato, il rischio sarebbe una replica di questo sistema fallimentare dal punto di vista assistenziale, il quale si affida di fatto alla discrezionalità del singolo Medico di Medicina Generale e che produce forti disparità, non solo nella possibilità di svolgere

realmente la nostra professione, ma anche per il servizio offerto al cittadino, il quale in alcuni casi si trova di fronte ad un infermiere che svolge la professione secondo profilo, mentre in altri esegue una serie di mansioni di carattere amministrativo (distributore di impegnative e referti, "centralinista"). Inutile far notare ai nostri lettori che nel secondo caso la risorsa umana infermiere viene impiegata in maniera totalmente impropria e pertanto rappresenta uno spreco di risorse, oltre che di professionalità (sarebbe come, mi si conceda un'ultima metafora, chiedere ad un pilota di Formula 1 di arare un campo con un trattore).

* *Segretario IPASVI Brescia e referente Area AFT e UCCP progetto SDA Bocconi*

L'infermiere protagonista nella nuova sanità: PreSST e POT

di Paolo Boldini*

La legge 23/15 prende atto del dato epidemiologico riguardante le malattie croniche, che costituiscono la principale causa di morte in quasi tutto il mondo. Si tratta di un ampio gruppo di malattie: le cardiopatie, l'ictus, il cancro, il diabete e le malattie respiratorie croniche, senza dimenticare le malattie mentali e quelle neurodegenerative, i disturbi muscolo-scheletrici e dell'apparato gastrointestinale, i difetti della vista e dell'udito, i difetti genetici.

Già con la precedente legislatura regionale era stata avviata la sperimentazione dei CReG (*Cronic related group*) che, però, non stanno dando i risultati sperati in termine di risparmio. Nel 2014 è poi partita l'esperienza dei POT (presidi ospedalieri territoriali) con gli obiettivi di valorizzare la figura dei medici di medicina generale, la prima trincea sul territorio per far fronte all'inappropriatezza, e di pervenire a una maggiore integrazione tra ospedale e territorio. Ai POT si vogliono affiancare ora i PreSST, di grande interesse per il Consiglio Regionale che, con il D.c.r. 5 agosto 2015 - n. X/791, nell'ordine del giorno





concernente l'istituzione del presidio socio sanitario territoriale (PreSST) affermava "impegna la Giunta regionale a prevedere una diffusione capillare e omogenea dei Presidi Socio Sanitari Territoriali (PreSST) sul territorio regionale al fine di garantire ai cittadini i servizi sanitari e socio sanitari più adeguati e più prossimi ai loro bisogni di salute ...". I colleghi IPASVI della Lombardia, hanno identificato per ogni provincia dei rappresentanti ed hanno iniziato un tavolo di lavoro presso la SDA Bocconi al fine creare opportunità e ambiti di impiego per i professionisti infermieri all' interno della nuova evoluzione del sistema socio sanitario lombardo. Una delle aree di discussione è proprio PreSST e POT. Dopo alcuni incontri al tavolo della Bocconi, si è deciso di porre l'attenzione ad una serie di riflessioni per capire / proporre, attraverso dei progetti, il ruolo dell'infermiere all'interno di queste nuove realtà. L'IPASVI di Brescia ha deciso di coinvolgere, per analizzare tali aspetti, gli infermieri afferenti alle UCAM della Provincia e creare un tavolo tecnico. Tale scelta è dettata dal fatto che i PreSST hanno una dimensione sociale e socio sanitaria proprio come le UCAM (che sono presenti e radicate soltanto nella nostra provincia). I lavori all'interno del nostro collegio hanno l'obiettivo di creare un

progetto nuovo o di valutare ciò che di "buono" è stato fatto in questi anni e capire dove questo possa trovare spazio all'interno della legge 23, oltre che aprire il più possibile il collegio verso l'esterno coinvolgendo la partecipazione dei colleghi in questi cambiamenti regionali. Il passo successivo sarà quello di tentare l'inserimento del progetto all'interno dell'osservatorio Biennale della SDA Bocconi per valutarne l'efficacia e l'efficienza sia sul territorio che tra le righe della legge 23.

* *Consigliere IPASVI BS
Referente Area PreSST e POT
Tavolo Tecnico SDA Bocconi*

Ospedale e territorio: la rete dei servizi in Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza

di Nadia Regonaschi* e Daniele Petrogalli**

L'infanzia e l'adolescenza sono fasi dell'età evolutiva cruciali per lo sviluppo dell'individuo. La crescita ottimale della persona si esprime nella buona salute del corpo e della mente fondamentali per l'equilibrio della propria vita.

Sono numerose le patologie che possono compromettere i processi evolutivi, malattie che spesso da una prima fase acuta d'esordio evolvono diventando croniche, caratterizzate da periodiche riacutizzazioni.

Molte delle malattie croniche dell'età evolutiva interessano il Sistema Nervoso Centrale (S.N.C.). I disturbi neuropsichici dell'età evolutiva sono infatti estremamente frequenti: coinvolgono complessivamente tra il 10 ed il 20% della popolazione infantile e adolescenziale, con disturbi molto diversi tra loro che includono le disabilità intellettive, i disturbi del controllo motorio (tra i quali le paralisi cerebrali e i disturbi della coordinazione motoria), i disturbi specifici del linguaggio e dell'apprendimento, i disturbi dello spettro autistico, l'epilessia, le

sindromi genetiche rare, le malattie neuromuscolari e neurodegenerative, le encefalopatie acquisite (traumi e/o patologia tumorale o infiammatoria), le disabilità complesse, il disturbo da deficit di attenzione con iperattività, i disturbi della condotta, le psicosi, i disturbi affettivi e molte altre.

Nella maggior parte dei disturbi neuropsichiatrici infantili, la presa in carico e il trattamento precoce e tempestivo in età evolutiva possono cambiare la storia naturale della malattia o prevenire numerose sequele, evitando un decorso cronico ed invalidante. A questo scopo mirano anche il Piano Nazionale della Prevenzione, che per gli anni 2014-2018 indica la promozione del benessere mentale di bambini, adolescenti e giovani tra i propri macro-obiettivi, e il Piano Regionale della Prevenzione 2015-2018.

In particolare dal 2010 in Regione Lombardia sono stati attivati alcuni Progetti Regionali con la finalità di sostenere la mission delle UONPIA (Unità Operativa di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza) attraverso finanziamenti ad hoc per migliorare i PDTA (percorsi diagnostico terapeutico assistenziali) di alcuni ambiti patologici a elevato impatto so-

cio-sanitario quali la psicopatologia adolescenziale, la grave disabilità infantile e il disturbo da deficit di attenzione e iperattività (ADHD). Questi progetti hanno consentito di promuovere percorsi di formazione, informazione e sensibilizzazione su temi specifici all'interno delle UONPIA ma anche all'esterno (famiglie, scuole, società civile) accostando all'attività istituzionale garantita dal personale dipendente quella erogata dal personale assunto a progetto. I progetti hanno rappresentato uno stimolo per la stesura e l'implementazione di protocolli di intesa tra le diverse UU.OO. pediatriche e/o adulti e con la rete dei servizi territoriali (U.O. di Psichiatria, Dipendenze, Servizi Disabilità, Consultori, Tutela Minori) per la gestione delle complesse problematiche dei pazienti e per la gestione della fase di transizione all'età adulta.

L'UONPIA dell'ASST degli Spedali Civili di Brescia

La Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza è diretta dalla prof.ssa Elisa Fazzi ed articolata in un Polo Ospedaliero (centro di riferimento per la Lombardia orientale) e un Polo Territoriale articolato su 12 sedi (riferimento per i territori dell'ATS di Brescia assegnati all'ASST degli Spedali Civili).

Il Polo Ospedaliero U.O.N.P.I.A.

Il reparto di degenza, situato all'interno delle mura degli Spedali Civili, padiglione A, dispone di 16 posti letto effettivi più 5 di day hospital. Vengono accolti pazienti dagli 0 ai 18 anni, mentre nel resto del Presidio Ospedale dei bambini l'età di accoglienza è 0-14 anni.

Presso l'UO afferiscono soggetti affetti da patologie neurologiche complesse, per le quali sia richiesto un inquadramento diagnostico, individui con epilessia e/o con patologie neurologiche in fase acuta. Altra tipologia di utenti è quella costituita da pazienti affetti da patologie psichiatriche acute che necessitino di diagnosi, terapie e osservazione continuativa. I pazienti sono inviati dal Pronto soccorso pediatrico ma anche da altri ospedali, da altre UONPIA, da comunità terapeutiche e/o educative, e dai pediatri di libera scelta.

Per quanto riguarda l'afferenza di pazienti con patologia psichiatrica, negli ultimi anni si è ve-

rificato il fenomeno dell'aumento esponenziale del numero di questi pazienti dovuto principalmente ad esordi di malattia anticipati rispetto all'età in cui si manifestavano in passato e all'aumento del disagio sociale e psichico. Questo stato di cose ha comportato non pochi problemi di gestione dei pazienti in reparto, creando la necessità di trasformare 2 stanze doppie in stanze singole con particolari caratteristiche di sicurezza per il contenimento delle crisi acute, e di chiudere la porta di reparto che può essere azionata solo dagli operatori in modo da controllare meglio l'afflusso da e per il reparto. Oltre a questi interventi è stato anche aumentato il numero degli infermieri operanti sui turni e sono stati effettuati interventi formativi e di sostegno psicologico per gli operatori.

Completano l'assetto del Polo Ospedaliero la **Struttura semplice a Valenza Dipartimentale in Neuropsichiatria Infantile e Neuroriabilitazione precoce** (dove ha sede anche la **Scuola di Specializzazione in Neuropsichiatria Infantile dell'Università degli Studi di Brescia** in cui operano e si formano circa 15 specializzandi in neuropsichiatria infantile), il **Centro Regionale per l'epilessia dell'infanzia e dell'adolescenza** (Delibera Consiglio Regionale del 1989) dotato di strumentazione, personale per indagini elettroencefalografiche e anche di una assistente sanitaria, il **Centro per la diagnosi e la riabilitazione funzionale per bambini con deficit visivo e/o multi disabilità**, riconosciuto con Delibera della Regione Lombardia X/2313 del 01/08/2014, il day hospital neurologico, e gli ambulatori divisionali. Le strutture descritte si occupano in particolare di:

- diagnosi e cura dell'epilessia dell'infanzia e dell'adolescenza;
- follow-up dei neonati a rischio neuropsichico (es. nati pretermine);
- diagnosi e cura di malattie rare a compromissione neurologica (es. neurofibromatosi, atassia telangectasia);
- diagnosi e cura di sindromi malformative complesse con compromissione neurologica;
- diagnosi e cura di soggetti con encefalopatie infantili di origine pre-peri-post natali;
- diagnosi e cura di soggetti con deficit visivo di natura periferica e centrale;
- diagnosi e cura di soggetti con disabilità intellettiva;

- diagnosi e cura degli eventi neurologici e psichiatrici acuti;
- diagnosi e cura delle cefalee dell'infanzia e dell'adolescenza;
- diagnosi e cura delle malattie neuromuscolari;
- controlli periodici dei pazienti con patologia neurologica e psichiatrica dimessi dal reparto.

I pazienti se non necessitano di ricovero vengono accolti in regime di day-hospital o ambulatoriale per prime visite, controlli, valutazioni neuropsicologiche, cognitive, neuromotorie e di gioco, programmazione di interventi neuro-riabilitativi precoci, valutazioni neurofunzionali visive, valutazioni complete dello sviluppo psicomotorio e in stretta connessione con il polo territoriale U.O.N.P.I.A. e le Neuropsichiatrie Infantili invianti, sia regionali che extraregionali.

L'attività diagnostica comprende inoltre l'esecuzione in sedazione di esami neuroradiologici (Risonanza Magnetica e TC encefalo), ma anche prelievi per monitoraggio terapia farmacologica, esami neurofisiologici (es. E.E.G. in veglia e sonno, poligrafia, ecc), esami genetici e accertamenti/screening di patologie di tipo neurometabolico e neurodegenerativo.

Vengono inoltre effettuate valutazioni per impostazioni di trattamenti abilitativi per funzioni adattive specifiche (motoria, cognitiva, visiva, comunicativa, relazionale, ecc.).

Il modello di intervento della U.O.N.P.I.A. Territoriale dell'ASST degli Spedali Civili di Brescia

La componente territoriale, ad elevata integrazione con le componenti educative e sociali oltre che con quelle ospedaliere, rappresenta da sempre il fulcro organizzativo della rete e la sede principale per la riabilitazione e la presa in carico di lungo periodo degli utenti, nella costante attenzione ad evitare istituzionalizzazioni e ricoveri, con risultati molto positivi in termini di costo-efficacia.

Le modifiche delle caratteristiche dell'utenza e del contesto socio-sanitario più in generale richiedono un sempre maggiore adattamento dei percorsi organizzativi e della gestione degli spazi/strumenti necessari perché la

U.O.N.P.I.A. Territoriale possa garantire un'adeguata risposta ai bisogni di salute dei pazienti e delle loro famiglie.

Il Polo Territoriale si fa carico della gestione integrata dei bisogni di cura e di salute del bambino/adolescente e della sua famiglia. In particolare il servizio territoriale si colloca fisicamente sul territorio in cui il bambino/adolescente vive e in cui si sviluppa il suo specifico disturbo.

I servizi offerti dalla U.O.N.P.I.A. Territoriale sono:

- a) Neurologia generale pediatrica
- b) Psichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza
- c) Riabilitazione neuromotoria, psicomotoria, logopedica, cognitiva e psichiatrica
- d) Consulenza a strutture esterne socio-assistenziali, educative e scolastiche
- e) Consulenze al Tribunale per i minorenni.

Le consulenze a strutture esterne socio-assistenziali ed educative riguardano la valutazione dei minori affetti da patologia cognitiva, psichiatrica/comportamentale da carenza ambientale e la stesura e verifica, in collaborazione con gli operatori scolastici e dei servizi sociali, del Piano Educativo Individualizzato e di tutte le procedure previste per i minori disabili ai fini dell'integrazione scolastica e sociale (legge 104/92).

Le consulenze al Tribunale per i Minori riguardano la valutazione e la collaborazione alla stesura di progetti terapeutici per pazienti con situazioni di abuso o grave maltrattamento.

All'interno dei Poli Territoriali della U.O.N.P.I.A. operano numerosi professionisti: medici specialisti in neuropsichiatria infantile, psicologi, educatori, fisioterapisti, logopedisti, psicomotricisti, tecnici della riabilitazione psichiatrica, terapisti della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva e personale amministrativo.

I percorsi dei pazienti all'interno del servizio si articolano in funzione dei bisogni del bambino/adolescente e della sua famiglia e vengono attuati sulla base di Progetti Terapeutici e Riabilitativi Individualizzati

La modalità di presa in carico del bambino/adolescente è interdisciplinare. Infatti, dopo la prima valutazione da parte del neuropsichiatra che stila il progetto terapeutico riabilitativo, il bambino/adolescente viene seguito dagli operatori con competenze specifiche rispetto al

tipo di patologia, con programmi riabilitativi individualizzati.

I professionisti sanitari dei Poli Territoriali operano in continuità con quelli del Polo Ospedaliero ma anche con quelli degli altri servizi sociosanitari della Rete Territoriale (pediatri, servizi sociali ed educativi, scuole, ecc.). Nella figura sottostante (fig. 1) sono rappresentate tutte le interfacce operative in cui si articola il complesso lavoro in rete da parte dei professionisti che operano all'interno dei Poli Territoriali.

Il modello organizzativo della U.O.N.P.I.A. Territoriale dell'ASST degli Spedali Civili di Brescia

La struttura territoriale della U.O.N.P.I.A. è costituita da 3 Poli Territoriali (Brescia, Montichiari e Gardone V.T.) articolati in 12 sedi distribuite sul territorio (fig. 2, fig. 3 e fig. 4). Il territorio di riferimento dei 3 Poli Territoriali è costituito dagli attuali territori di Brescia Centro, Brescia Hinterland e Valle Trompia gestiti dall'ASST degli Spedali Civili di Brescia più il territorio di Montichiari. La popolazione di riferimento è quella tra 0 e 18 anni residente in

questi territori e ammonta complessivamente a circa 95000 minori.

Di norma possono accedere a ciascun Polo Territoriale solo le famiglie residenti nei Comuni che fanno capo a quel territorio (tranne per gli ambiti specialistici in cui c'è mobilità tra le diverse sedi).

Complessivamente nei Poli Territoriali della U.O.N.P.I.A. dell'ASST degli Spedali Civili di Brescia operano 17 neuropsichiatri infantili, 12 psicologi, 37 terapisti della riabilitazione e 5 amministrativi.

Accanto alla classica organizzazione per territori appena descritta, per alcuni aspetti è riconoscibile anche un modello organizzativo tipo hub and spoke caratterizzato dalla concentrazione di interventi di diagnosi, consulenza specialistica e/o trattamento riabilitativo per casi di elevata complessità/specificità da parte di gruppi interdisciplinari (centri hub - generalmente presso la sede di via Maiera) supportati dalla rete delle altre sedi territoriali (centri spoke) cui compete la selezione dei pazienti e la presentazione del caso (fig.5). In base alle finalità del gruppo specialistico possono essere presenti in numero variabile per tipologia e specializzazio-

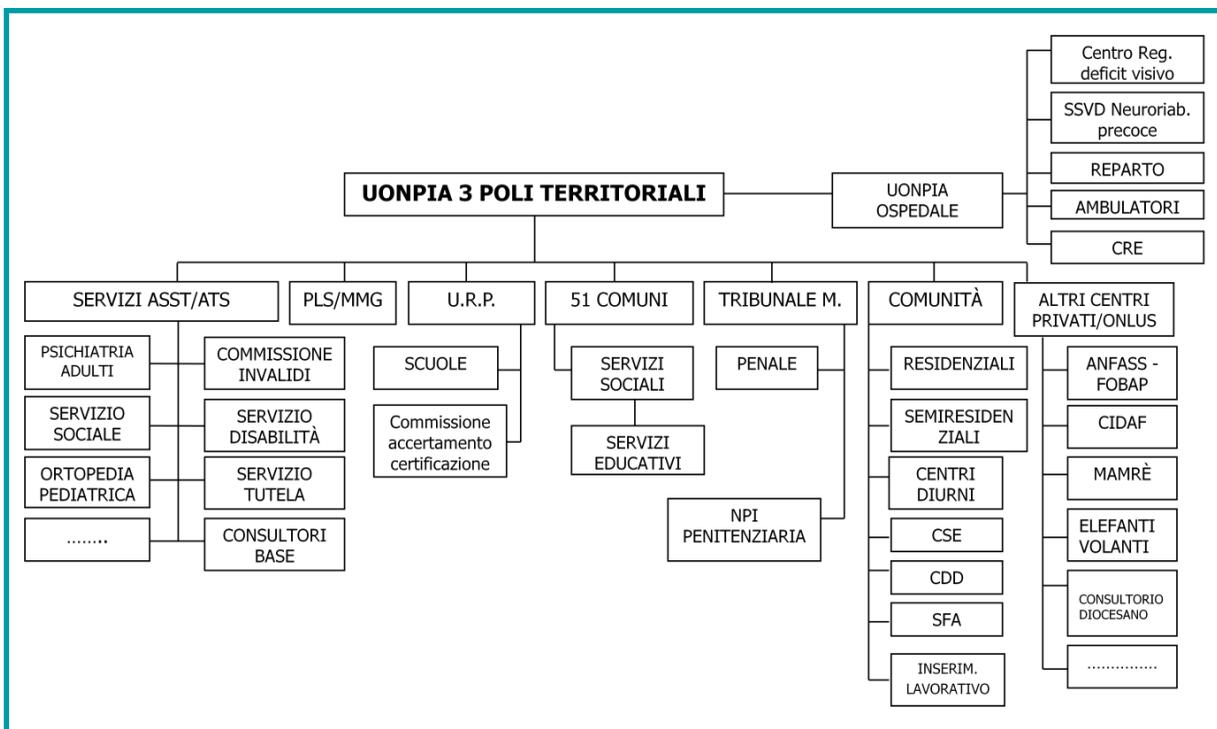


Fig. 1 Interfacce operative Poli Territoriali U.O.N.P.I.A.

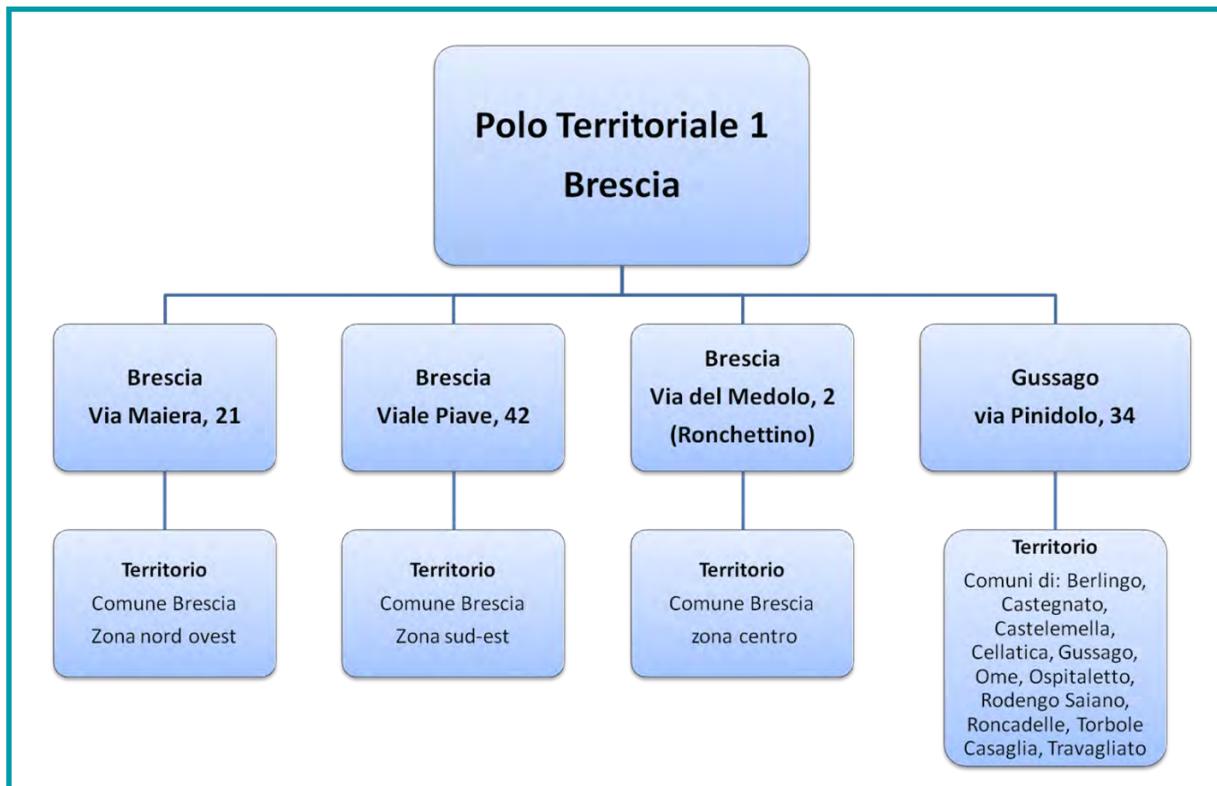


Fig. 2 Sedi e territori del Polo Territoriale di Brescia

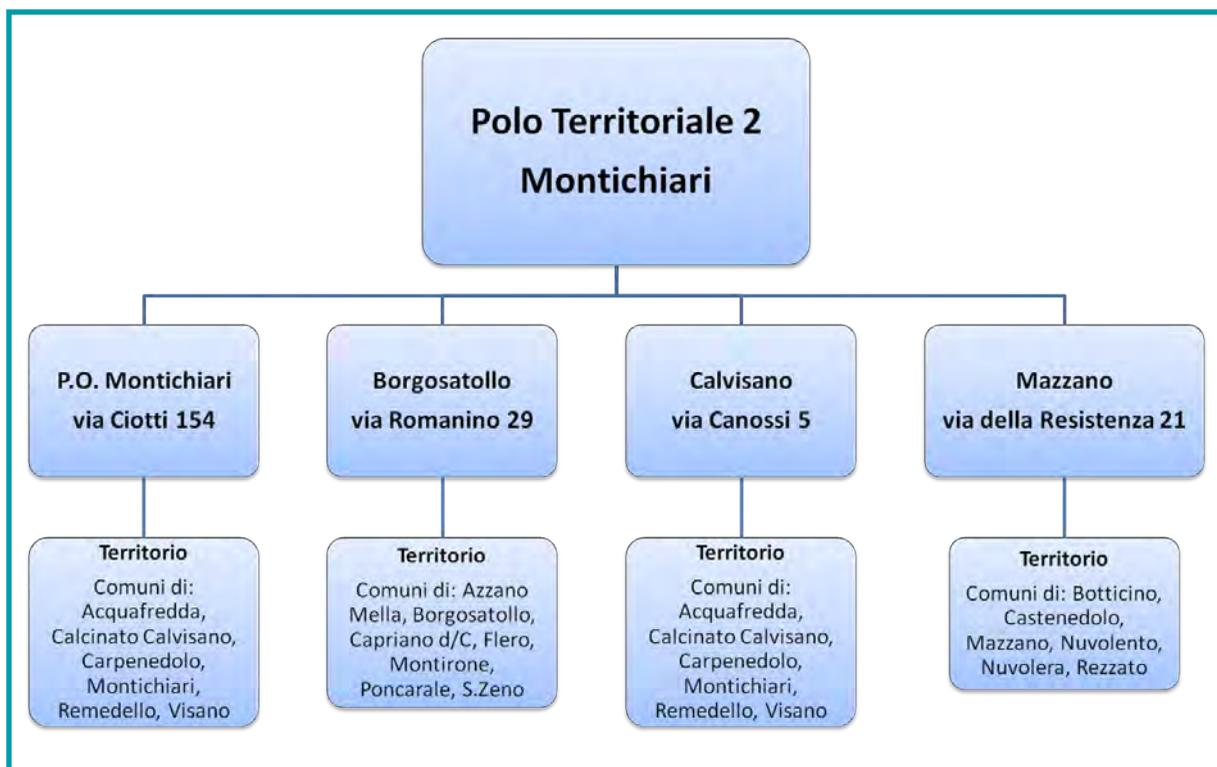


Fig. 3 Sedi e territori del Polo Territoriale di Montichiari

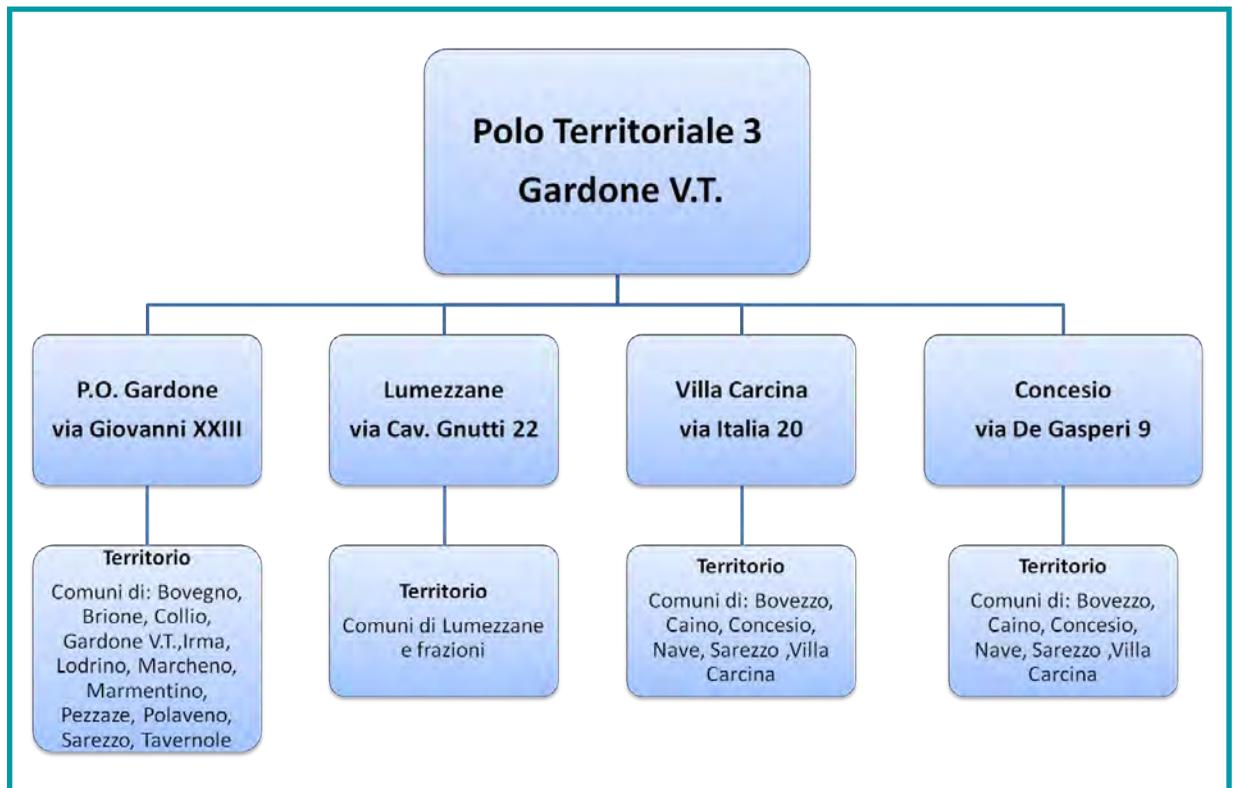


Fig. 4 Sedi e territori del Polo Territoriale di Gardone V.T.

ne le diverse figure professionali che operano all'interno dei Poli Territoriali.

Tra i numerosi gruppi specialistici interdisciplinari attivi troviamo:

Gruppo 0-5:

È un gruppo diagnostico (secondo DSM 5 o Classificazione 0-3) rivolto a bambini di età compresa fra i pochi mesi di vita e i cinque anni, con sospetto di un disturbo psicopatologico complesso con particolare attenzione anche all'abbattimento delle barriere linguistico-culturali che ostacolano il processo di presa in carico dei bambini migranti e delle loro famiglie. La finalità del gruppo è formulare una diagnosi e un'ipotesi terapeutica da condividere con il neuropsichiatra inviante. Nel gruppo il medico NPI, le psicologhe e le terapisti della neuro e psicomotricità si occupano prevalentemente della valutazione dei bambini attraverso l'osservazione di gioco libero, osservazione di gioco strutturato e test specifici. Su indicazione del gruppo vengono effettuate psicoterapie brevi madre-bambino, terapie di gioco e cicli di sedute di supporto psicologico ai genitori.

Gruppo ADHD (Disturbo da Deficit di Attenzione e Iperattività):

La sua attività si colloca all'interno del Progetto Regionale di NPIA intitolato Percorsi diagnostici - terapeutici per l'ADHD. La U.O.N.P.I.A. di Brescia è capofila per la Regione Lombardia ed è chiamata a garantire formazione e consulenza anche per le altre U.O.N.P.I.A. della nostra regione. Il gruppo ADHD si occupa della definizione della diagnosi del disturbo da deficit di attenzione e iperattività attraverso percorsi diagnostici interdisciplinari codificati. Oltre all'attività diagnostica viene svolta attività formativa e informativa tramite il parent-training (rivolto ai genitori) e il teacher-training (rivolto alle insegnanti) e attività riabilitativa tramite il child-training individuale e/o di gruppo da parte delle terapisti della neuro e psicomotricità (rivolto ai piccoli pazienti).

Il gruppo svolge anche attività di ricerca in qualità di Centro di Riferimento Regionale in collaborazione con l'Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri di Milano e le altre U.O.N.P.I.A. partner della regione.

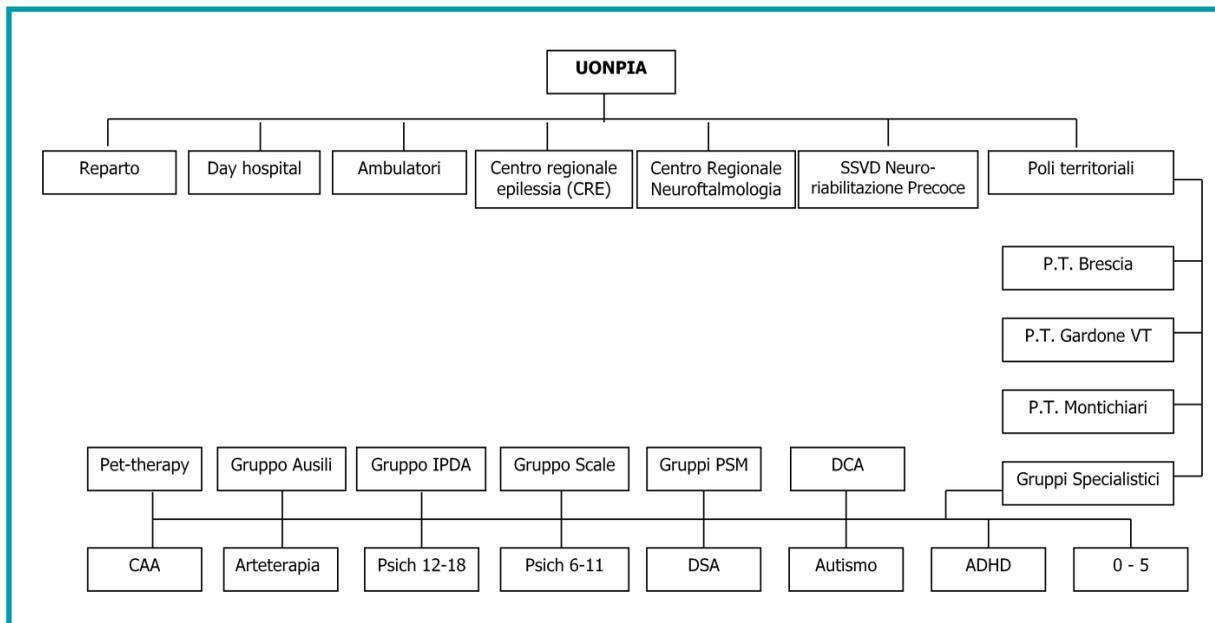


Fig. 5 Gruppi specialistici Poli Territoriali U.O.N.P.I.A.

Gruppo Autismo:

È un gruppo specialistico della U.O.N.P.I.A. che si occupa della definizione della diagnosi dei disturbi dello Spettro Autistico attraverso l'utilizzo di vari strumenti specifici, quali il test diagnostico ADOS-2, scale di sviluppo psicomotorio, osservazione di gioco spontaneo, osservazione in contesto naturale ecc.. Le terapie della neuro e psicomotricità presenti nel gruppo concorrono con i medici alla valutazione a scopo diagnostico e conducono gruppi rivolti a bambini con autismo ad alto funzionamento o con Sindrome di Asperger, mirati allo sviluppo delle abilità sociali. Effettuano anche attività di parent-training e teacher-training.

Gruppo DSA (Disturbi Specifici dell'Apprendimento):

È un gruppo diagnostico che opera in equipe interdisciplinare per la valutazione dei Disturbi Specifici dell'Apprendimento. Nello specifico viene valutata l'area delle competenze neuropsicologiche, con particolare attenzione alle abilità di letto-scrittura e di calcolo e ragionamento logico-matematico. Sulla base delle più recenti indicazioni scientifiche e legislative, se necessario, le logopediste effettuano un training di potenziamento o training pre-diagnosi relative agli apprendimenti scolastici.

Gruppo Psichiatria 6-11

È un gruppo specialistico che mira alla presa in carico del bambino con disagio psicopatologico infantile e della sua famiglia. I medici NPI e gli psicologi del gruppo concorrono alla definizione diagnostica e all'attuazione di percorsi terapeutici rivolti al bambino ma che possono coinvolgere anche i genitori (congiuntamente genitori-bambino o separatamente).

Gruppo Psichiatria 12-18

È un gruppo specialistico la cui attività è riconducibile al progetto regionale intitolato "la Rete Ospedale-Territorio: un modello di approccio integrato di comunità per adolescenti con disturbi psichiatrici e problematiche sociali complesse in una società multietnica". L'obiettivo del gruppo è di intercettare il disagio psicopatologico adolescenziale sul territorio prima che diventi conclamato. Oltre alla definizione della diagnosi ai pazienti possono essere proposti dei percorsi di psicoterapia e attività educativo/riabilitative individuali o di gruppo, rivolte solo al paziente, ai genitori o congiuntamente all'intera famiglia.

Negli ultimi anni la psicopatologia adolescenziale ha visto un forte incremento degli accessi nelle U.O.N.P.I.A. con la necessità di ridisegnare i percorsi dei pazienti sulla base dei nuovi bisogni.

Gruppo DCA (Disturbo della Condotta Alimentare):

È un gruppo specialistico che si occupa della presa in carico territoriale dei pazienti con Disturbo della Condotta Alimentare, il medico NPI, la psicologa e la dietista oltre alla formulazione della diagnosi e alla presa in carico terapeutica si occupano anche della formazione e sensibilizzazione su questo tema sul territorio. Anche il DCA in questi anni ha rappresentato un problema emergente tra i disturbi psicopatologici dell'infanzia e dell'adolescenza.

Gruppo Arteterapia:

È un gruppo specialistico della U.O.N.P.I.A. la cui attività è basata su una tipologia di Arteterapia definita ad orientamento relazionale, in cui l'attenzione si sposta dal prodotto al processo di gruppo. Si considera il gruppo come un campo attraversato da una rete relazionale e caratterizzato da un particolare clima emotivo che varia con il variare delle vicissitudini gruppali. Si rivolge a bambini e/o adolescenti con disturbi neuropsicomotori e/o disturbi psicopatologici (ci sono state esperienze anche rivolte a genitori e a fratelli di pazienti).

L'invio al gruppo avviene dopo una valutazione diagnostica fatta dall'NPI di riferimento che individua l'idoneità al percorso di gruppo e ne identifica gli obiettivi. Nel progetto sono previsti incontri di gruppo di sostegno ai genitori tenuti da NPI e terapeuta al fine di accompagnare la terapia dei loro figli.

Gruppo CAA (Comunicazione Aumentativa Alternativa):

La sua attività è riconducibile al progetto regionale di NPIA intitolato "Supporto nelle gravi disabilità della comunicazione in età evolutiva" di cui la U.O.N.P.I.A. di Brescia è partner (capofila Fondazione IRCCS Ca' Granda di Milano). Il gruppo offre consulenza di Comunicazione Aumentativa Alternativa a bambini con bisogni comunicativi complessi attraverso l'uso di componenti comunicativi speciali o standard. Tali componenti tendono a non sostituire ma ad accrescere la comunicazione naturale, utilizzando tutte le competenze dell'individuo. Le 3 terapisti all'interno del gruppo effettuano la valutazione del bambino, finalizzata alla stesura di un progetto di CAA. Inoltre offrono consulenza alla famiglia, alle insegnanti ed alla terapeuta di riferimento del bambino. In base al tipo di pro-

getto steso a misura del bambino il gruppo offre diverse modalità di supervisione.

Gruppo Pet Therapy:

È un gruppo specialistico della U.O.N.P.I.A. costituito da 2 terapisti, da operatori esterni appartenenti all'associazione Animali Terapeuti di Milano (1 veterinario, 2 conduttori cinofili) e 2 volontari (il personale esterno è pagato dall'associazione amici della neuropsichiatria infantile AANPI).

Il gruppo riceve dall'equipe che ha in cura il bambino una richiesta di integrazione del progetto terapeutico in atto con un ciclo di Terapia Assistita da Animali (TAA). Sulla base di questa richiesta il gruppo e l'equipe si confrontano per la presentazione del bambino e la successiva stesura di un progetto di lavoro, che guida gli operatori nelle 10 sedute di terapia. Alla conclusione del ciclo viene valutato il raggiungimento degli obiettivi prefissati, decidendo se concludere o riproporre l'esperienza, consolidando o ampliando gli obiettivi.

Gruppo Ausili:

È un gruppo specialistico della U.O.N.P.I.A. costituito da 2 terapisti che, su specifica richiesta, si occupa di effettuare una consulenza rispetto alla prescrizione di nuovi ausili o al riutilizzo di ausili per la riabilitazione neuromotoria resi da altri pazienti. Attraverso il lavoro di equipe con la terapeuta o il Neuropsichiatra di riferimento, si effettuerà una scelta rispetto all'ausilio idoneo alle necessità del paziente. Attraverso un archivio fotografico on-line è possibile visualizzare gli ausili disponibili e consultare le caratteristiche tecniche da tutte le sedi territoriali. Il gruppo offre consulenza per una corretta domanda/ricerca/scelta dell'ausilio e la sua adeguata fornitura.

Gruppo IPDA (Identificazione Precoce delle Difficoltà di Apprendimento):

È un gruppo specialistico della U.O.N.P.I.A. per l'Identificazione Precoce delle Difficoltà di Apprendimento, ha come obiettivi generali l'individuazione precoce dei disturbi dell'apprendimento tramite screening effettuato dagli operatori scolastici sulla popolazione dell'ultimo anno di scuola dell'infanzia. Gli operatori della scuola vengono formati dalle terapisti della U.O.N.P.I.A. per osservare e individuare precocemente le difficoltà dei bambini al fine di delineare un profilo di ciascun bambino, progettare

attività di recupero individualizzato e recuperare le difficoltà all'interno della scuola stessa prima dell'ingresso nella scuola primaria. All'interno del Polo territoriale della U.O.N.P.I.A., vengono poi recuperate con strumenti specialistici le difficoltà dei bambini che permangono "a rischio" al termine della scuola dell'infanzia. Le 2 terapisti presenti nel gruppo svolgono annualmente attività di formazione per lo screening nelle scuole dell'infanzia, rielaborano i risultati degli screening e prendono in trattamento riabilitativo i bambini che ne hanno necessità.

Gruppo scale di valutazione neuromotoria:

È un gruppo specialistico della U.O.N.P.I.A. per la valutazione neuromotoria standardizzata (attraverso scale per cui è richiesta una specifica abilitazione alla somministrazione), utilizzando la scala di valutazione più adeguata alla patologia, all'età del bambino e ai quesiti contenuti nella richiesta di consulenza. Il risultato della valutazione viene restituito dal gruppo all'equipe di riferimento che ha in carico il bambino, specificando i suoi punti di forza e gli spazi di miglioramento/evoluzione emersi. In base all'analisi dei risultati l'equipe valuta se e come modificare il progetto di intervento.

Gruppi di Psicomotricità:

Sono gruppi riabilitativi che vengono attivati per gruppi di pazienti omogenei con l'obiettivo di sostenere l'interazione e l'utilizzo delle competenze relazionali, diminuire l'ansia e il controllo sull'ambiente, imparare a gestire ed esprimere le proprie emozioni, sperimentare modalità adeguate di relazione con gli altri in un contesto di gruppo. L'individuazione dei bambini da inserire nei gruppi è fatta di concerto con il medico NPI di riferimento dei pazienti, in alcuni casi viene attivato parallelamente un percorso di gruppo per i genitori.

All'interno delle equipe interdisciplinari dei Poli Territoriali della U.O.N.P.I.A., accanto a medici e psicologi, i terapisti della riabilitazione collaborano al processo di diagnosi e cura, ma soprattutto occupano un importante ruolo nella riabilitazione e più in generale nella presa in carico del paziente in età evolutiva. Il modello adottato è in parte riconducibile a quello del case manager riabilitativo. Infatti il terapeuta è il punto di riferimento all'interno del servizio per la presa in carico riabilitativa ma anche socio-educativa. In

accordo con il Neuropsichiatra Infantile il terapeuta valuta il bisogno riabilitativo del bambino, collabora nel progettare il trattamento riabilitativo e lo attua, pianifica gli interventi riabilitativi per la famiglia e per l'ambiente sociale di vita del bambino (casa, scuola, luoghi di aggregazione), infine valuta periodicamente gli obiettivi prefissati e adegua il percorso riabilitativo.

Complessivamente presso i Poli Territoriali sono in carico circa 5000 pazienti di età compresa tra gli 0 e i 18 anni, di cui circa 1000 seguiti dal punto di vista riabilitativo per patologie di interesse neuromotorio, psicomotorio e logopedico. I pazienti vengono seguiti durante tutta l'evoluzione della patologia nelle diverse fasi di sviluppo.

Le prese in carico riabilitative possono prevedere, a seconda delle caratteristiche dei pazienti, interventi di tipo continuativo (1-2 accessi settimanali), interventi a cicli ripetibili (cicli di 10 accessi 1 - 2 volte all'anno) o dei controlli periodici (prescrizioni/controllo ausili, rivalutazioni periodiche, bisogni emergenti).

Conclusioni

Negli ultimi anni si è fatto molto per cercare di adeguare l'offerta e l'assetto organizzativo delle U.O.N.P.I.A. alle mutate caratteristiche dell'utenza, ma obiettivamente questi sforzi non sono ancora sufficienti allo scopo di garantire un'adeguata risposta ai bisogni dei pazienti e delle loro famiglie. Tale situazione è riscontrabile trasversalmente in tutte le U.O.N.P.I.A. della Regione ma anche a livello nazionale.

Un primo limite è legato alle risorse, la spesa destinata all'area NPIA è oggi circa un sesto di quella per la psichiatria dell'adulto (6 mln di euro per la NPIA vs 36 mln per la psichiatria nel 2014 nell'ASL di Brescia), già nota per essere insufficiente a sua volta, e rappresenta solo una piccola parte della spesa per l'area pediatrica, a fronte di bisogni in continuo aumento e di ricadute rilevanti del mancato intervento in termini di costi emotivi, sociali ed economici per le famiglie e per la società.

La recente riforma del Sistema Socio-sanitario Regionale introdotta con la Legge Regionale 23/2015 può essere un'occasione per migliorare la situazione dal punto di vista strutturale, organizzativo e del personale.

Da una recente analisi condotta dal Coordinamento dei Responsabili U.O.N.P.I.A. della Regione Lombardia, emerge che le risorse e il

personale oggi presenti nel sistema dei servizi di NPIA, inclusi i Progetti Regionali, sono sufficienti per dare risposte appropriate solo a 1 utente su 3 che ne avrebbe necessità, ed in alcuni servizi scendono addirittura al di sotto di 1 utente su 4.

Una quota rilevante del personale ha contratti precari e temporanei che evidentemente stridono con la necessità di continuità di cura degli utenti.

Inoltre, dall'analisi risulta che non in tutti i Poli Territoriali della nostra Regione sono presenti tutte le figure professionali ritenute necessarie e spesso neppure quelle previste dagli standard di accreditamento, in particolare:

- neuropsichiatri infantili: il numero complessivo è da tempo insufficiente e rappresenta uno degli elementi che determinano la presenza di lunghe liste d'attesa per la diagnosi (anche 5-6 mesi escluse le urgenze). Inoltre l'organico è in ulteriore progressiva diminuzione poiché il numero annuale di nuovi specialisti è insufficiente per sostituire i pensionamenti (sarebbe necessario almeno 1 NPI ogni 3000 abitanti 0-17);
- psicologi: non presenti in tutti i servizi, nonostante il requisito di accreditamento, e in modo estremamente disomogeneo (sarebbe necessario almeno 1 psicologo ogni 4000 abitanti);
- assistenti sociali: presenti solo in 14 servizi su 35 della Lombardia (requisito 1 assistente sociale per ogni Polo Territoriale);
- educatori professionali: presenti solo in pochissimi servizi (sarebbe richiesto 1 educatore professionale ogni 8000 abitanti);
- personale della riabilitazione: presente in modo molto disomogeneo nei diversi servizi, con ricadute rilevanti sui tempi d'attesa per l'accesso alle terapie riabilitative che possono superare l'anno di attesa (1 operatore della riabilitazione per ambito ogni 1600 abitanti).

Nell'ambito della riforma del sistema sociosanitario lombardo, la progettualità sembra andare nella direzione di creare un'unica area di salute mentale per ciascuna ASST in cui confluiranno i DSM (Dipartimento Salute Mentale), le U.O.N.P.I.A., i servizi per le dipendenze e i servizi di psicologia clinica.

Questa nuova struttura dovrebbe essere in capo alla direzione generale delle ASST e facilitare

l'integrazione fra i poli ospedalieri e le reti territoriali.

Risulta interessante anche la proposta di superare l'attuale sistema di remunerazione a tariffa per prestazione, sostituendola con il cosiddetto Budget di Salute che sembrerebbe essere una modalità di finanziamento più adatta per la presa in carico di lungo periodo della cronicità.

Riassumendo, nel corso dei prossimi anni assisteremo ad una significativa riorganizzazione delle attività socio-sanitarie

territoriali e questo non potrà che avere significative ripercussioni sulla rete dei servizi offerti nell'ambito delle UU.OO. di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza.

Allo scopo di attuare con successo i cambiamenti necessari, assicurando la centralità del paziente dalla diagnosi alla presa in carico terapeutica e riabilitativa, sarà necessario un ulteriore impegno da parte dei professionisti che operano nelle U.O.N.P.I.A., con la finalità di garantire stabilità e continuità nei servizi, integrazione ospedale-territorio e la messa a punto di una rete tra i diversi interventi e le diverse tipologie di strutture.

* *Infermiera coordinatrice, laureata magistrale, responsabile d'area SITR Ospedale dei Bambini*

** *Fisioterapista coordinatore, laureato magistrale, coordinatore U.O.NPIA Territoriale Ospedale dei Bambini*

Bibliografia

Belfer ML. Child and adolescent mental disorders: the magnitude of the problem across the globe. *J Child Psychol Psychiatry* 2008; 49: 226-36.

Coordinamento dei Responsabili N.P.I.A. della Regione Lombardia. L'assistenza ai minori con disturbi neuropsichici in Lombardia. Prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione nella rete dei servizi di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza. Ottobre 2015.

Deliberazione Regione Lombardia n. VIII/6860 del 19.03.2008. Linee di Indirizzo Regionale per la Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza in attuazione del PSSR 2007 - 2009.

Quaderni Ministero della Salute, 8, 2011, 74-79.

Stroll et al: The Transformation of Child Health Research. *JAMA* 2013, 309:1779.

World Health Organization, 2008 The Global Burden of Disease. 2004 Update. World Health Organization, Geneva.

Il Servizio Dimissioni Protette Pediatriche nell'Ospedale dei Bambini ASST Spedali Civili Brescia

di Patrizia Bevilacqua*

Le attuali tendenze del sistema sanità orientano sempre più i trattamenti verso la domiciliarizzazione e la precocità delle dimissioni dei bambini e delle loro famiglie, anche nei casi di bambini clinicamente stabili con bisogni assistenziali complessi, dovuti alla natura progressiva della malattia e alla complessità del regime terapeutico/riabilitativo, che necessitano di interventi e prestazioni a lungo termine. Tali interventi, quando erogati in ambiente ospedaliero, impattano sulla disponibilità di posti letto nell'ospedale per acuti ma, soprattutto, sono erogati in un ambiente che può essere dannoso per il benessere psicofisico del bambino e del nucleo familiare.

L'assistenza domiciliare va considerata come un sistema integrato di interventi domiciliari di assistenza sanitaria e sociale continuativa che consente ai piccoli pazienti, con bisogni assistenziali complessi o nella fase terminale della malattia, di rimanere il più possibile nel proprio ambiente abituale di vita. Questo sistema consente di contenere il numero e la durata dei

ricoveri ospedalieri e di assicurare la migliore assistenza possibile, avvantaggiando il singolo bambino e la sua famiglia con il miglioramento della qualità di vita ma anche la collettività grazie alla riduzione della spesa sanitaria per la diminuzione del numero e/o della durata dei cosiddetti «ricoveri inappropriati».

Il progetto di continuità delle cure per minori con bisogni assistenziali complessi, quindi, nasce e cresce dall'esigenza di chi "in prima linea" desidera rispondere, nel modo migliore, al crescente orientamento a dimissioni precoci di bambini con malattia ad elevata complessità assistenziale e delle loro famiglie, garantendo la continuità assistenziale (Ospedale-Territorio), tramite un percorso d'interventi mirati a rispondere ai bisogni effettivi, coerentemente strutturato e articolato in diversi ambiti di competenze in un'ottica di lavoro multidisciplinare.

Un modello integrato di assistenza per i bambini, che si proponga di facilitare il passaggio dall'ospedale al domicilio, richiede un complesso "team di lavoro" con un alto grado di coordinamento, che, attraverso una pianificazione continua e costante, possa:

1. procedere alla ricognizione/accertamento/analisi dei bisogni;
2. pianificare gli obiettivi e gli interventi “per e con” il bambino e la famiglia considerando le risorse disponibili;
3. attivare la rete di supporto e assistenza (territoriale) necessaria al soddisfacimento dei bisogni;
4. valutare e monitorare gli esiti attraverso indicatori misurabili di outcome.

L'organizzazione, quindi, deve considerare molti aspetti, dato che il minore portatore di una patologia complessa e/o cronica necessita di assistenza continua, non solo durante la degenza, ma anche a domicilio, luogo “ideale” dove far convergere tutte le professionalità che, inserite in un contesto di rete e in base alle necessità del caso, possano fornire il loro contributo, secondo una logica integrata e coordinata in un percorso di domiciliazione protetta.

I pazienti in età pediatrica e neonatale richiedono un approccio di cura specifico e specialistico di cui sono ben consapevoli i professionisti coinvolti. L'esperienza di malattia per un bambino, infatti, rappresenta una fase critica del suo percorso evolutivo, perché sconvolge la sua quotidianità e quella del nucleo familiare ove è inserito. I genitori assumono solitamente il ruolo di caregiver e ciò può rappresentare un'importante risorsa per affrontare i problemi connessi alla malattia del bambino e il relativo percorso diagnostico-terapeutico.

Anche le indicazioni contenute nel “Documento tecnico sulle cure palliative pediatriche” del Ministero della Salute e nella DGR Regione Lombardia n. 8/11085 del 27.01.2010 “Determinazione in merito alla rete delle cure palliative pediatriche - Percorsi organizzativi”, oltre alla precedente DGR n. 8/10804 del 16 dicembre 2009 “Determinazioni in ordine alla gestione del servizio socio-sanitario regionale per l'esercizio 2010”, in coerenza con il quadro normativo in tema di Cure

Palliative Pediatriche e, in particolare, nell'ottica di sostenere il piccolo paziente e la sua famiglia, focalizzano l'attenzione allo sviluppo dell'assistenza a domicilio del paziente.

Il Presidio Ospedale dei Bambini, alla luce della normativa sopracitata, inizia nel novembre 2010 il suo percorso implementando sperimentalmente il progetto “Dimissioni Protette Pediatriche” con l'obiettivo di facilitare il raccordo

tra Ospedale e Servizi Territoriali e, soprattutto, di migliorare la qualità di vita del piccolo paziente e della sua famiglia.

Viene così individuata la figura del Coordinatore del Percorso Ospedaliero per l'attivazione del percorso sperimentale di dimissioni protette pediatriche, secondo le indicazioni delle delibere n. 560 del 27/09/2006 «Protocollo Sperimentale per la continuità delle cure nei confronti dei bambini con gravi disabilità» e n. 404 del 04/06/2008 «Accordo di collaborazione ospedale-territorio sottoscritto con l'allora ASL di Brescia per le dimissioni e ammissioni protette. Presa - atto» dove si evince che l'ASL e le Strutture di ricovero e cura pubbliche e private accreditate “*si impegnano ad assicurare, alle persone con necessità assistenziali complesse, la possibilità di usufruire di un percorso protetto, basato su una migliore comunicazione nei passaggi tra i diversi livelli assistenziali; oltre all'occasione di focalizzare l'attenzione anche nei confronti degli utenti con necessità di cure palliative, intese come l'insieme di prestazioni volte a garantire la miglior qualità di assistenza alle persone affette da malattie inguaribili nella fase terminale della vita*”.

Il percorso è stato istituito con un'attenzione particolare alle Cure Palliative Pediatriche (CPP) che, rispetto a quelle dell'adulto, presentano alcune peculiarità in quanto devono rispondere ad una molteplicità di bisogni del tutto specifici, non solo dell'area clinica ma anche di quella relazionale, sociale e psicologica del paziente ma anche del nucleo familiare.

In particolare, vanno tenuti in conto diversi aspetti che caratterizzano le CPP:

1. l'assistenza a questi pazienti complessi è erogata in genere in regime di ricovero, talvolta anche in reparti intensivi;
2. vi è la necessità di valorizzare tutte le diverse e numerose professionalità coinvolte tra Ospedale e Territorio, con al centro il Pediatra di famiglia (PLS); ove necessario, occorre formare specificamente, non solo negli aspetti clinici e sanitari, ma anche negli aspetti psicologici, etici, sociali tutti i professionisti coinvolti;
3. va privilegiata come modalità assistenziale la domiciliazione, ma vanno anche predefinite modalità “facilitate” di accesso al ricovero in ambiente protetto per supportare le esigenze del bambino e della sua famiglia, che non di rado provengono da altre

regioni, oltre che per fronteggiare condizioni di assistenza altresì difficili e disagiati a domicilio;

4. serve predisporre linee di indirizzo per assicurare una presa in carico che richiede risposte multispecialistiche e modulate secondo le necessità del momento sia della patologia che della fase di sviluppo psico-fisico del bambino.

In data 21 dicembre 2011, dopo circa un anno di sperimentazione, il Progetto “**Dimissione Protetta e Continuità delle Cure per minori con bisogni assistenziali complessi**” è stato siglato dal Direttore Sanitario Aziendale dell’AO Spedali Civili di Brescia (ora ASST) e dal Direttore Sanitario dell’ASL di Brescia (ora ATS) dove nella premessa si evince quanto segue:

“*L’Accordo ha le seguenti finalità:*”

1. *Garantire ai minori con bisogni assistenziali complessi e alle loro famiglie la continuità dell’intervento assistenziale*
2. *Ottimizzare l’uso delle risorse disponibili nel territorio*
3. *Favorire la collaborazione e la comunicazione tra Unità Operative (UU.OO.) Ospedaliere, Medici di Medicina Generale (MMG)/Pediatri di Libera Scelta (PLS), Unità Operative Handicap (EOH) con il coinvolgimento dei Centri di Assistenza Domiciliare (CeAD) e del Centro Territoriale Malattie Rare (CTMR), mediante modalità di lavoro efficaci e condivise*
4. *Creare i presupposti per realizzare specifici percorsi formativi ed organizzativi finalizzati a garantire la qualità e la sistematicità del percorso nei confronti dell’utenza pediatrica.*

Per ottemperare a tali propositi e rendere operativo l’accordo, viene formalmente istituito il **Servizio Dimissioni Protette Pediatriche** (Servizio DPP) che, attualmente, è composto da n° 1 Coordinatore Infermieristico in qualità di Coordinatore del Percorso Ospedaliere e n° 1 Infermiera.

L’attivazione del Servizio si propone diversi obiettivi:

- Assicurare continuità assistenziale ai bambini con situazione generale «critica» e compromissione dell’autonomia e alle loro famiglie nella fase di dimissione ospedaliera e nella fase di ammissione ospedaliera, attra-

verso la definizione di un piano di assistenza individualizzato.

- Favorire, promuovere ed orientare al corretto utilizzo della rete dei servizi territoriali.
- Garantire una tempestiva conoscenza e presa in carico di situazioni «difficili» sotto il profilo socio-sanitario, da parte degli operatori coinvolti.

Per raggiungere i sopracitati obiettivi, tutto il personale sanitario-assistenziale del Presidio deve garantire il percorso identificato, attraverso competenze e capacità nelle varie fasi della presa in carico del bambino, ma soprattutto deve porsi nell’ottica di modificare la gestione del paziente fragile, passando dalla visione del curare a quella del “prenderci cura”, infatti, è importante:

- Riconoscere, al momento del ricovero e/o prima della dimissione, le situazioni «difficili» dal punto di vista socio-sanitario, selezionando quelle che necessitano di accompagnamento nel passaggio tra ospedale e territorio.
- Garantire un adeguato addestramento/educazione dell’utente e/o familiari rispetto alla gestione delle problematiche assistenziali in funzione del rientro al proprio domicilio.
- Provvedere alle certificazioni/prescrizioni finalizzate all’accertamento dell’invalidità, all’esenzione dalla partecipazione alla spesa sanitaria, alla fornitura di protesi, ausili e servizi sanitari complementari (ossigeno-ventiloterapia, nutrizione artificiale, ecc.) o relative a farmaci da assumere o indagini diagnostiche da effettuarsi nel breve periodo.
- Garantire la tempestività e l’appropriatezza della segnalazione all’Unità di Continuità Assistenziale Multidimensionale distrettuale (UCAM) e al MMG/PLS perché sia completata la valutazione dei bisogni e siano attivati i servizi idonei tra quelli disponibili.
- Offrire una corsia di accesso preferenziale agli utenti fragili in carico alle cure domiciliari, attraverso il percorso di ammissione protetta alle prestazioni ospedaliere.
- Favorire la collaborazione e la comunicazione tra le U. O. Ospedaliere, PLS/MMG e articolazioni territoriali.

I pazienti, di età compresa tra 0 e 18 anni, eleggibili a cure palliative pediatriche (CPP) sono classificabili in quattro diverse condizioni

cliniche, ciascuna delle quali richiede interventi diversificati e specifici.

Le condizioni identificate sono:

1. Condizioni a rischio di vita per le quali i trattamenti curativi sono possibili, ma che potrebbero fallire.

- Pazienti affetti da **tumori solidi metastatici o plurirecipienti**, per i quali non sia più ragionevolmente perseguibile, dal punto di vista clinico-scientifico, secondo giudizio dell'equipe oncologica curante, l'obiettivo della guarigione, e per i quali divenga obiettivo prioritario il controllo dei sintomi e del dolore riferibili alla progressione della patologia oncologica
- Pazienti affetti da **tumori cerebrali non operabili o non responsivi ai trattamenti**
- Pazienti affetti da **leucemie acute con ricadute precoci o ripetute**, ormai non più responsive alle terapie citostatiche di recupero o che abbiano precocemente manifestato una ricaduta di malattia dopo essere stati sottoposti a trapianto di cellule staminali emopoietiche
- Pazienti affetti da **linfomi o patologie istiocitarie** non più responsivi a trattamenti di seconda e terza linea o recidivati dopo trapianto di cellule staminali emopoietiche

2. Condizioni in cui possono persistere lunghi periodi di trattamento intensivo mirato a prolungare la sopravvivenza e permettere la partecipazione alle attività infantili, ma la morte prematura è ancora possibile.

- **Cardiopatie congenite e acquisite (non operabili** quali ipoplasia ventricolo sinistro)
- Gravi malformazioni e distrofia toracica
- Ipoplasia polmonare
- Displasia bronco-polmonare (**BPD**)
- **Fibrosi cistica**
- **HIV**
- Atrofia muscolare spinale (**SMA 1**), atrofia muscolare spinale con distress respiratorio (**SMARD**), **gravi danni anossici perinatali**
- **Prematurità estrema**
- **Gravi patologie neurodegenerative di natura da determinare**

3. Bambini con malattie degenerative neurologiche e metaboliche, patologie cromosomiche e geniche in cui l'approccio sin dalla diagnosi è esclusivamente palliativo.

- **Malattie degenerative neurologiche:** en-

cefalopatie, leucodistrofie, amiotrofie spinali congenite, sclerosi laterali amiotrofiche precoci

- **Malattie della giunzione neuromuscolare:** miastenia neonatale, miastenia

- **Malattie metaboliche:** mucopolisaccaridosi

- **Patologie cromosomiche e genetiche:** Prader Willi, **Trisomia 13 - 18**

- **Distrofie muscolari:** Duchenne, Becker, Emery-Dreyfuss, distrofia muscolare mero-sino-negativa, distrofia muscolare con sindrome del rachide rigido, distrofia muscolare di Ulrich's, distrofia miotonica congenita

- **Miopatie:** miopatia nemalinica, miopatia centronucleare, miopatia miotubulare

- **Patologie mitocondriali**

- Dermatomiostite giovanile, distrofie in malattie endocrine

- **Cardiomiopatie** che vanno incontro a correzione palliativa parziale

- Sclerosi multipla ad insorgenza infantile

4. Bambini con gravi patologie irreversibili che causano disabilità severa e morte prematura.

- **Traumi cranici, midollari e politraumi**

- **Danni anossici**

- **Emorragie** (malformazioni artero-venose, rottura di aneurismi...)

- Encefaliti, meningoencefaliti

- Danni encefalici conseguenti a trapianti d'organo (anossici-tossici-metabolici)

- Esiti invalidanti di malattie in remissione

Il Servizio Dimissioni Protette Pediatriche (Servizio DPP) provvede alle seguenti attività:

- attivare i servizi territoriali per la gestione domiciliare di pazienti con bisogni assistenziali complessi fornendo gli strumenti informativi sul quadro clinico del paziente;
- valutare i bisogni di cura del paziente e le relative offerte assistenziali del territorio con il personale di U.O. e il PLS/MMG;
- collaborare con il Coordinatore e Medico di U.O./DH/Servizio Ambulatoriale nel percorso di certificazione e richiesta di quanto necessario all'assistenza domiciliare (presidi, ausili, farmaci ecc.) fungendo da raccordo tra struttura ospedaliera e territorio;
- collaborare con il Servizio Sociale mettendo a disposizione le conoscenze di servizi territoriali, comunità ecc. e associazioni di volontariato;
- fornire le conoscenze tecniche ai genitori e/o al personale infermieristico dei Servizi

Territoriali per l'esecuzione di pratiche assistenziali specifiche (es. medicazione cvc, gestione tracheo, stomie ecc.) consultandosi con infermieri esperti e Medici Specialisti del Presidio Ospedale dei Bambini;

- in particolari casi, supportare la famiglia nei percorsi di ricovero, di follow-up e a domicilio, rendendosi disponibile a fornire tutte le informazioni richieste;
- qualora si renda necessario, organizzare le diverse date di follow-up (spesso i bambini sono in carico a più specialisti) al fine di ridurre al paziente il numero e i tempi degli accessi in ospedale;
- svolgere attività di raccordo e collegamento tra le varie figure professionali e non, che ruotano attorno al paziente sia in ambito di struttura ospedaliera, sia in ambito territoriale per una miglior gestione e risposta ai problemi del paziente stesso.

Il personale medico e/o infermieristico può attivare il Servizio DPP attraverso la compilazione della documentazione richiesta (modulo di attivazione), dopo la valutazione clinica e/o assistenziale, già all'atto del ricovero o dell'accesso al servizio ambulatoriale se le condizioni del paziente ne presentino le caratteristiche necessarie. Infatti, come previsto anche dagli Standard Joint Commission International (JCI) a cui il Presidio Ospedale dei Bambini aderisce, la valutazione iniziale comprende la determinazione del bisogno di pianificazione della dimissione e, soprattutto, tutti i pazienti sono sottoposti a rivalutazione a intervalli appropriati sulla base delle loro condizioni e del loro trattamento allo scopo di determinare la loro risposta al trattamento e di pianificare la continuità delle cure o la dimissione.

Il Coordinatore di percorso ospedaliero, ricevuta la richiesta di attivazione, presenta la proposta di dimissione protetta alla famiglia e, in caso di accettazione, attiva l'UCAM interessata inviando il modulo di segnalazione della dimissione protetta (almeno 3 giorni lavorativi prima della dimissione).

Durante il ricovero del piccolo paziente, Il Servizio Dimissioni Protette Pediatriche mantiene i contatti con il personale di reparto e con la famiglia del piccolo svolgendo, nei confronti di questi ultimi, un ruolo educativo e di supporto molto importante. L'educazione sani-

taria, rivolta al bambino e ai familiari, infatti, li aiuta a partecipare in maniera più positiva al processo assistenziale e a saper prendere decisioni più consapevoli sul percorso di cura sia durante il ricovero che al domicilio.

L'UCAM di riferimento, nel frattempo, si attiva per valutare l'accogliibilità della richiesta, contatta il PLS/MMG, acquisisce elementi di valutazione socio-abitativa ed eventualmente richiede valutazione sociale attraverso il Centro di Assistenza Domiciliare (CeAD) e fornisce restituzione alla Struttura ospedaliera entro 3 giorni lavorativi dalla segnalazione.

Qualora il MMG/PLS ravvisi la necessità di ricorrere a prestazioni ospedaliere programabili a favore di un piccolo assistito già in carico ai Servizi Territoriali, concorda con l'UCAM l'attivazione del percorso di ammissione/riammissione protetta.

UCAM o MMG/PLS, in accordo, contattano il Coordinatore di Percorso Ospedaliero per:

- presentare il caso
- concordare la data e le modalità di accesso del paziente.

Il PLS/MMG redige l'impegnativa per l'accesso alle prestazioni ospedaliere, specificando che si tratta di ammissione protetta concordata con l'U.O. interessata.

L'UCAM trasmette al Servizio DPP la richiesta di ammissione protetta e rende disponibile le parti necessarie del fascicolo utente al referente dell'U.O. interessata.

Al termine del ricovero, se permangono le condizioni di fragilità, seguirà il percorso di dimissione protetta pediatrica.

Il percorso sopradescritto evidenzia come la necessità di fornire prestazioni di assoluta specificità nel bambino/adolescente richieda come requisito fondamentale e indispensabile una conoscenza specifica e integrata tra le strutture (Ospedale e Territorio) e lo sviluppo di competenze specifiche tra il personale di assistenza ospedaliero e territoriale incentivando la collaborazione e la comunicazione fra Unità Operative Ospedaliere, MMG e PLS, UCAM territoriali e Centro Territoriale Malattie Rare.

Per facilitare queste esigenze ma anche opportunità, all'inizio del 2014, in collaborazione con il SITRA dell'allora ASL, si sono realizzate iniziative formative, con corsi di base e monotematici, rivolti ai gruppi multidisciplinari (infermieri, fisioterapisti, ass. sanitari, me-

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Mar-2016	Tot.
N° Pz. segnalati	17	55	79	50	84	75	13	373
Di cui eleggibili alle CPP	10	34	55	26	54	52	8	239
N° Pratiche ancora attive al Mar-2016	3	12	25	23	50	30	7	150

Tabella n° 1 - Numero Pz. segnalati e presi in carico dal Servizio DPP

dici, psicologi, ass. sociali) per l'acquisizione di competenze, abilità e atteggiamenti atti a garantire la continuità delle cure a domicilio. In particolare, il percorso formativo suddetto era rivolto sia ai professionisti dell' UCAM, impegnati a domicilio per le attività di valutazione dei bisogni assistenziali, sia ai professionisti dell' ADI, cui compete la presa in carico domiciliare del bambino e della famiglia, per un totale di n° 200 operatori con il coinvolgimento dei professionisti referenti delle U.O. dell'Ospedale dei Bambini. Ad oggi i dati di attività del Servizio Dimissio-

ni Protette Pediatriche dell'Ospedale dei Bambini sono riassumibili nella seguente **tabella 1**.

La **tabella 2**, invece, riporta i dati delle UO di riferimento dei pazienti seguiti dal Servizio DPP.

Emerge dalla lettura dei dati di tabella 2. come i reparti di riferimento con il maggior numero di pazienti seguiti dal Servizio DPP siano la UO Neonatologia e Terapia Intensiva Neonatale (TIN), l'UO Onco-ematologia Pediatrica (UCG), con l'aggregato Centro Trapianti Midollo Osseo (UTM), la UO Pediatria

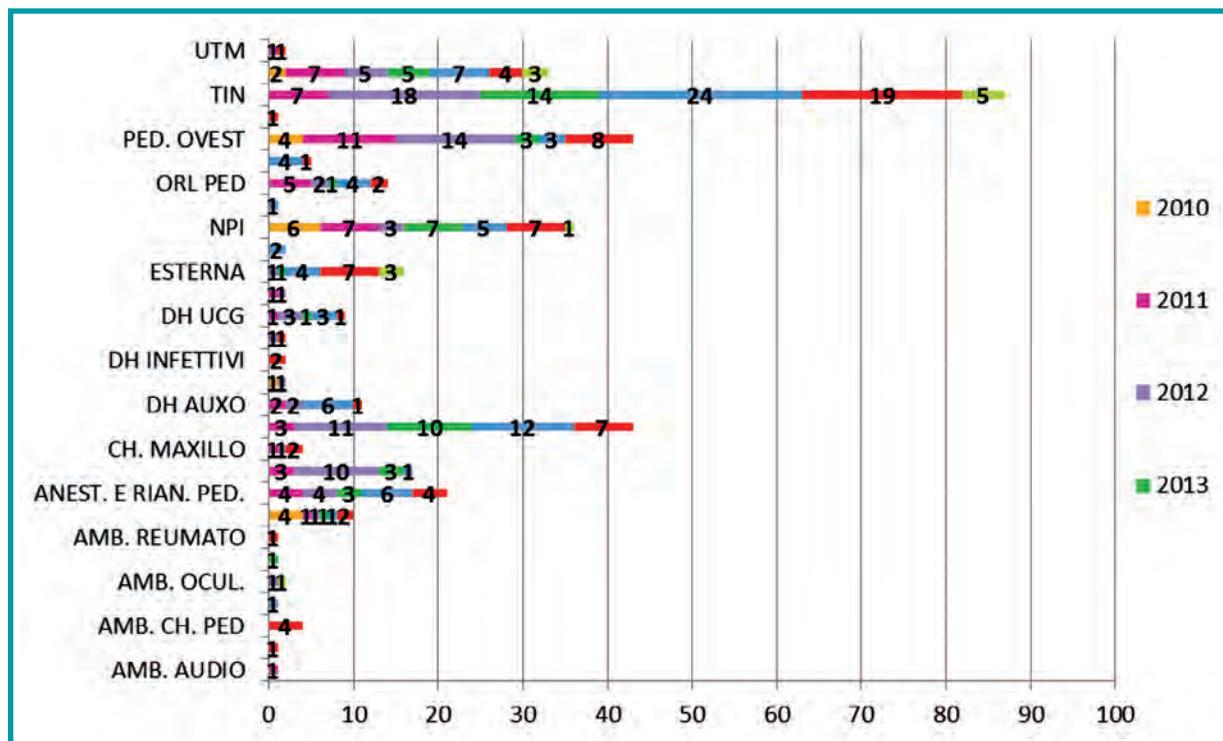


Tabella n° 2 - Numero Pz segnalati al Servizio DPP per reparto di segnalazione

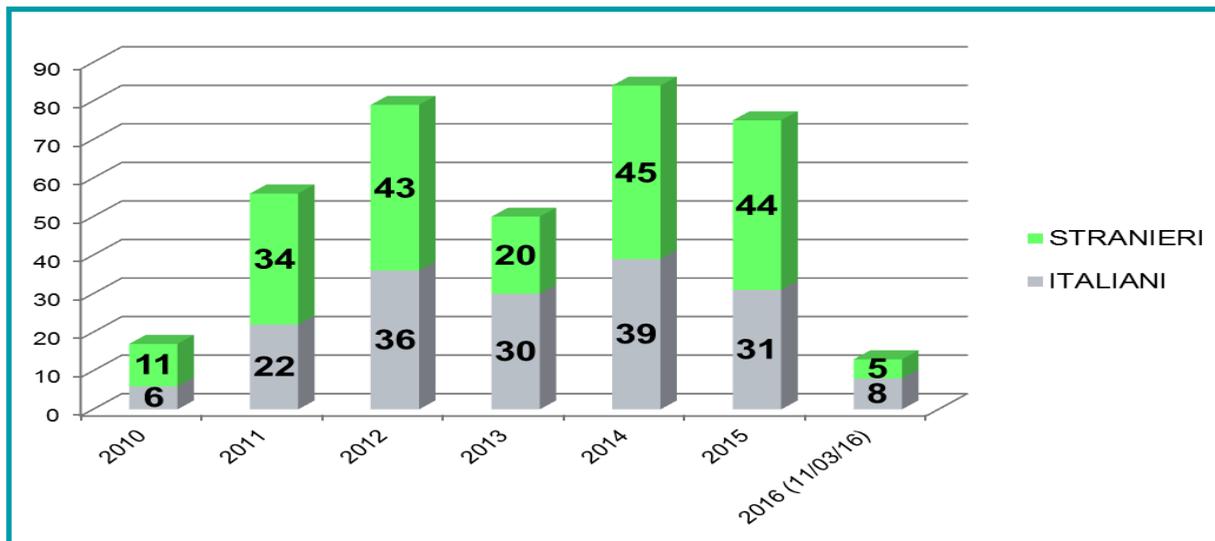


Tabella n° 4 - Numero Pazienti segnalati per nazionalità

(Ped. Ovest e DH Auxologia, Reumatologia e Centro Fibrosi Cistica), la UO Neuropsichiatria Infantile (NPI), la UO Anestesia e Rianimazione Pediatrica.

Più saltuarie le segnalazioni dalla UO Chirurgia Pediatrica, dalla UO Chirurgia Maxillo Facciale, dalla UO Otorinolaringoiatria Pediatrica.

In **tabella 4** sono riportati i dati per nazionalità dei pazienti segnalati.

In **tabella 5** sono infine riportati i dati per provenienza (domicilio) dei pazienti segnalati.

Conclusioni

Dal 2011 ad oggi, le attività del Servizio DPP si sono consolidate e implementate, con un progressivo aumento nel tempo dei pazienti segnalati e presi in carico.

Anche all'interno del Presidio Ospedale dei Bambini l'organizzazione è evoluta, essendosi progressivamente definiti nel tempo percorsi specifici per la gestione dei pazienti fragili in condivisione tra Servizio DPP e le diverse Unità Operative di riferimento per il trattamento dei pazienti, a riscontro dell'attenzione posta nei percorsi sempre più al servizio del bambino e la sua famiglia e nell'orientamento

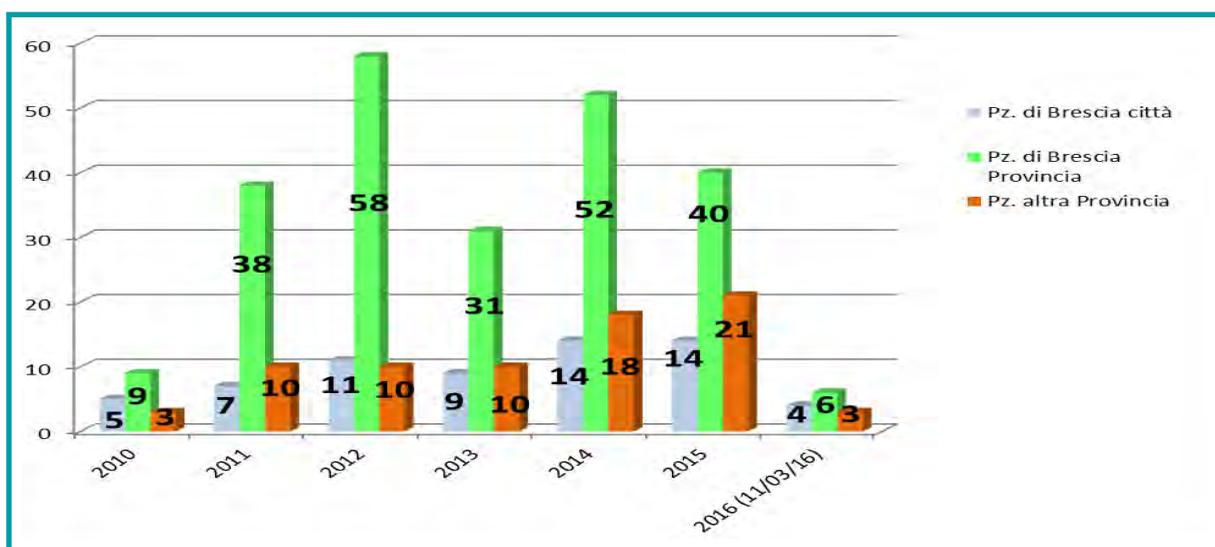


Tabella n° 5 - Numero Pazienti segnalati per provenienza

all'innovazione dell'organizzazione. La creazione di un'organizzazione a rete non è fatta di attività in sequenza, piuttosto è il risultato di un comune percorso strategico tra tutti i servizi/attori, in cui ogni operatore deve essere/sentirsi coinvolto. Non è importante soltanto dare risposte competenti e professionali ai problemi, ma è altrettanto fondamentale saper produrre decisioni partecipate e condivise. Soprattutto non dimentichiamo che è importante puntare maggiormente sulla comunicazione:

- con le famiglie;
- con i colleghi all'interno della struttura ospedaliera;
- con i colleghi che si occuperanno dei pazienti al domicilio (PLS/MMG - ADI).

In questi anni, molte famiglie hanno dato voce alla loro sensazione di sentirsi "soli" ad affrontare la malattia del proprio figlio, quindi è fondamentale:

- garantire il corretto e completo percorso educativo al caregiver, iniziando precocemente l'addestramento su tutti gli aspetti assistenziali;
- garantire gli spazi idonei alla gestione dei pazienti fragili sia nel percorso di follow up che in quello di passaggio dall'ospedale al domicilio;
- garantire un approccio multidisciplinare per informare, sostenere, supportare le famiglie e fare da riferimento e "da ponte" con i servizi sul territorio.

Questa è la direzione che abbiamo intrapreso e l'orientamento che vogliamo mantenere per il futuro.

* *Infermiera laureata magistrale, Responsabile SITR Ospedale dei Bambini*

Bibliografia

Delibera ASL BRESCIA n.560 del 27/09/2006 «Protocollo Sperimentale per la continuità delle cure nei confronti dei bambini con gravi disabilità».

Delibera ASL BRESCIA n.404 del 04/06/2008 «Accordo di collaborazione ospedale-territorio sottoscritto con l'ASL di Brescia per le dimissioni e ammissioni protette. Presa atto».

Accordo Conferenza per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano

in data 20 marzo 2008: "Documento tecnico sulle cure palliative pediatriche".

DGR n. 8/10804 del 16 dicembre 2009 "Determinazioni in ordine alla gestione del servizio socio-sanitario regionale per l'esercizio 2010".

DGR n.8/11085 del 27.01.2010 "Determinazione in merito alla rete delle cure palliative pediatriche - Percorsi organizzativi".

Progetto A.O. Spedali civili Brescia- ASL Brescia "Dimissione Protetta e Continuità delle Cure per minori con bisogni assistenziali complessi" - 21 dicembre 2011.

Manuale Standard Joint Commission International - V edizione 2014.

In cascina Clarabella si può fare

di Everton Nascimento De Souza*

Cascina Clarabella non è solo un edificio immerso nel verde della Franciacorta e affacciato sul blu del lago d'Iseo, ma è soprattutto un luogo dell'anima, dove la salute mentale viene affrontata sia dal punto di vista sanitario che sociale.

Sin dal 1990 un gruppo di cooperative sociali onlus lavora, facendo rete, per affrontare la malattia sotto diversi aspetti: cura, lavoro, housing e socializzazione. Il lavoro di rete, tanto complesso quanto efficace, è veramente il fulcro e la ragione del successo di questa esperienza che affronta con approcci innovativi il problema del rapporto fra operatori e "pazienti", abbattendo statuti e steccati al fine di uscire da ruoli convenzionali e sostenendo una relazione fra soggetti che condividono difficoltà, potenzialità e responsabilità.

Della cura si occupa la cooperativa Diogene, la quale gestisce comunità, centri diurni, servizi di residenzialità leggera e budget di salute.

Le opportunità di lavoro vengono offerte dalle

cooperative Sociali di tipo B Isparo (verde e pulizie), Airone (stampaggio materie plastiche), nonché da Clarabella a Iseo e Perinelli a Piacenza, che svolgono attività agricole e agrituristiche (vino biologico, olio, miele, B&B, fattoria didattica e ristorante).

In tutto le cooperative di tipo B occupano 97 persone, di cui 56 con disagio psichico.

La socializzazione è affidata all'associazione Club Clarabel, uno spazio dove abbattere in modo democratico le barriere tra curante e curato.

A coordinare il tutto è il consorzio Cascina Clarabella (www.cascinaclarabella.it).

Per chi si occupa di salute, lavorare in Cascina Clarabella implica una condivisione forte della mission e l'esercizio di una professionalità elevata, per il raggiungimento di una vera utilità sociale.

Entrando nel dettaglio della nostra quotidianità, il primo compito della CPA (Comunità Alta Assistenza) è quello di offrire un ambiente che diventi "luogo", una **residenza emotiva** per l'ospite che nel corso della sua vita si trova a trascorrervi un periodo più o meno lungo.

Il principio fondante del nostro metodo consiste



nel promuovere ogni individuo, sia esso curato o curante, come soggetto attivo che esprime e realizza dei desideri e si assume delle responsabilità all'interno dell'istituzione. In questo modo è possibile combattere l'inerzia e il ritiro psicotico, creando una sinergia che include tutti quanti. La responsabilità viene esplicitata in primo luogo dalla "Libertà di Circolazione" degli ospiti nei vari ambienti della struttura. Nel corso della giornata in collaborazione con il centro diurno, svolgiamo diverse attività, che devono avere prevalentemente una caratteristica comune, ovvero un forte aggancio alla realtà; non devono essere quindi fini a stesse, ma piuttosto devono rappresentare uno sbocco concreto e un'utilità sociale, come fare il pane per il pranzo, riparare le biciclette o pulire i mezzi utilizzati per i trasporti.

Siamo infatti convinti che i percorsi di inserimento lavorativo per intessere reti con il territorio siano necessari in quanto il prodotto del proprio lavoro ritorna al soggetto come forma di identificazione positiva.

L'intento principale è quello di offrire oppor-

tunità di scambio e costruzione di reti sociali poiché l'isolamento, la vergogna, la solitudine, il silenzio e la sordità dell'ambiente vengono a determinare uno stato di marginalità, che vede il soggetto e la sua famiglia entrare in un progressivo circuito di chiusura sociale. L'approccio di Cascina Clarabella invece aiuta a riappropriarsi di quella Cittadinanza, di quei diritti e doveri che i nostri ospiti spesso perdono o dimenticano, assumendo un ruolo passivo e poco partecipe a ciò che accade loro intorno.

Il raggiungimento di questo obiettivo basilare - ma che per alcuni ospiti è il frutto di un faticoso percorso - è reso possibile dalla creazione di un clima emotivamente non invasivo e rispettoso di tempi e esigenze individuali, con procedure chiare e rassicuranti per il loro svolgimento.

Per concludere la Comunità si pone come luogo di non segregazione, aperta al territorio e a tutte le occasioni di incontro e collaborazione con l'esterno, come strumento per rendere possibile all'ospite l'avventura nel mondo.

* *Infermiere, Commissione Innovazione IPASVI
Brescia*



Educazione Terapeutica presso il Centro “Io e l’Asma”

Ospedale dei Bambini, ASST Spedali Civili di Brescia

di Adriana Boldi* - Ada Pluda**

PREMESSA

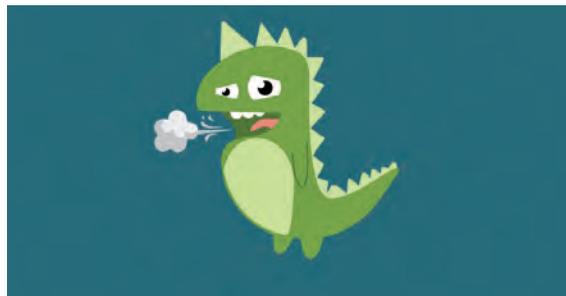
L’O.M.S. ha riconosciuto il valore dell’Educazione Terapeutica (ET) quale strumento che permette al paziente di acquisire e mantenere capacità e competenze utili a vivere in maniera ottimale con la sua malattia. L’ET diventa un processo permanente di empowerment centrato sul paziente, integrato con le cure.

Si stima che in almeno 60 malattie croniche l’efficacia clinica delle cure sia determinata dal grado di formazione terapeutica del malato e della sua famiglia. Le ricadute sono positive anche in termini di riduzione della spesa sanitaria conseguente ad una diminuzione delle ospedalizzazioni, riduzione delle terapie e miglioramento della qualità di vita dei pazienti.

INTRODUZIONE

Presso il Centro “Io e l’Asma”, Ospedale dei Bambini, ASST Spedali Civili di Brescia, per rispondere a quanto indicato dall’OMS riguardo all’Educazione Terapeutica si è realizzato con una équipe multidisciplinare il Percorso Diagnostico Terapeutico Educazionale (PDTE). Il percorso si fonda sui seguenti presupposti teorici e operativi:

- valorizzare la relazione umana con il bam-



bino e la sua famiglia per assisterlo, curarlo ed educarlo;

- ottimizzare l’organizzazione delle attività;
- garantire l’interdisciplinarietà e la multiprofessionalità degli operatori;
- porre attenzione anche all’ambiente sociale.

La **filosofia** del PDTE la possiamo sintetizzare in un invito: “Prendi in mano la tua vita: se sai, puoi”. A chi giova il sapere? In primis all’interessato che è portatore di una malattia cronica. Se si considera che l’interessato è, nel nostro caso, un bambino/adolescente, ci rendiamo conto che è necessario coinvolgere la famiglia alla quale dobbiamo trasmettere le modalità di gestione della malattia e favorirne l’autonomia. Questa è la filosofia del Centro: aiutare i bambini/adolescenti e loro famiglie che portano il

peso della cronicità, renderli capaci e liberi nel vivere quotidiano, liberare strutture e servizi sanitari, a vantaggio di una vita sociale “normale”.

I principali riferimenti che stanno alla base del nostro agire sono molteplici ed alcuni anche datati, ma si sa che certi messaggi e comportamenti richiedono tempo perché si modifichino o si rinnovino. Oggi, come nelle epoche di svolta, potremmo dire come diceva San Camillo de Lellis¹: “Uomini nuovi per tempi nuovi”. Dobbiamo formare medici e personale sanitario disposti a cedere parte del proprio sapere per realizzare l’empowerment del bambino/adolescente con malattia cronica e della sua famiglia. Solo così potremo ridurre i costi della sanità a vantaggio di benefici per il sistema sociale e sanitario.

Il **modello di riferimento** è il modello biopsicosociale. Tale modello si fonda sulla concezione multidimensionale della salute descritta nel 1947 dall’Oms che fa riferimento alle componenti fisiche, mentali, sociali e spirituali della persona. Ogni professionista, in genere, pur condividendo l’idea di mettere al centro del proprio agire professionale la persona nella sua globalità, guarda alla stessa in base al proprio specifico professionale. A tale proposito l’Oms, dato che le diverse competenze richieste non possono essere assunte da un solo professionista, suggerisce di adottare la strategia che prevede attività di team multi-professionali interagenti al proprio interno e con la persona da assistere, curare, educare.

Altro modello sul quale i professionisti del “Centro Io e l’Asma” fondano il proprio agire è il Chronic Care Model (CCM), proposto da Edward H. Wagner nel 1998, Usa.

Il modello oltre a mettere in relazione il Sistema Sanitario, le risorse della comunità, gli operatori e naturalmente il malato cronico, punta all’autonomia di quest’ultimo. Per il “Centro Io e l’Asma”, l’autogestione e l’autonomia sono gli output da realizzare con la partecipazione del bambino/adolescente con malattia cronica asma e la sua famiglia.

Attualmente si sta sperimentando l’espansione del CCCM agli stili di vita nelle seguenti aree: alimentazione, attività motoria, fumo, bulli-

simo. Il modello si definisce Expanded Chronic Care Model (ECCM).

In entrambi i modelli, l’educazione terapeutica è determinante per l’autonomia.

Il **metodo** messo in atto attraverso il percorso diagnostico terapeutico educativo, prevede di realizzare, in un’unica seduta, le varie fasi: accoglienza, accertamento diagnostico, esami strumentali, prescrizione terapeutica ed intervento educativo individuale. Il modello biopsicosociale a cui si ispira induce i professionisti a mettere il malato al centro della loro attenzione, curando particolarmente la relazione con lui e con i suoi care-givers. Allo stesso tempo, i vari professionisti devono interagire fra loro in modo costante e coordinato, per utilizzare al meglio le loro differenti competenze e il tempo a disposizione, preziose risorse di cui è opportuno “ottimizzare” l’impiego.

Gli strumenti utilizzati per la comunicazione sono cartacei e multimediali.

L’attività di educazione terapeutica è svolta secondo i principi e le raccomandazioni dell’Oms, la cui finalità ultima mira a garantire l’autonomia del malato nella gestione della malattia cronica.

DESCRIZIONE GENERALE DEL PDTE

Il percorso diagnostico terapeutico educativo adottato dal centro “Io e l’Asma” per la cura della patologia cronica asma di bambini/adolescenti e loro famiglie vuole essere un esempio di indirizzo nella gestione della malattia cronica.

I punti di riferimento di cui si avvale il PDTE, oltre al CCM (modello biopsicosociale), sono:

- le linee guida internazionali dell’asma;
- le indicazioni dell’Oms, nazionali e regionali in materia;
- le buone pratiche cliniche, standard Joint Commission;
- strumenti dedicati quali: questionari, database clinici e di promozione della salute;
- strumenti educativi cartacei e multimediali;
- gruppi di lavoro con i medici di famiglia (Pediatri e MMG).

Il Percorso Diagnostico Terapeutico Educativo nella pratica

Il percorso diagnostico-terapeutico-educativo “Io e l’Asma” prevede tre visite ad intervalli di 8-12 settimane, seguite da visite semestrali o annuali. Nei casi di difficile gestione il percorso si adatta alle necessità.

1 Bucchianico, 1550 - Roma, 1614

OBIETTIVI

Il progetto è finalizzato ai seguenti obiettivi:

- assicurare un uso appropriato dei farmaci;
- migliorare il controllo dell'asma;
- sviluppare un piano di cura ponendo attenzione alla globalità del bambino;
- favorire una sistematica e completa raccolta dati, avvalendosi di un database predisposto ad hoc;
- utilizzare strumenti di comunicazione cartacei e multimediali;
- favorire l'autonomia del bambino e della famiglia nella gestione della malattia cronica.

IL PERCORSO EDUCAZIONALE

Il piano d'azione Oms (2008-2013), colloca l'educazione terapeutica tra i principi che stanno alla base per uno sviluppo della persona.

Il modello adottato dal nostro centro per la cura dell'asma è trasferibile anche alle altre malattie croniche, e si definisce modello bio-psico-sociale integrato con la componente educativa.

Le principali finalità sono di condurre il bambino e la sua famiglia a:

- conoscere la propria malattia;
- gestire la terapia con appropriatezza;
- prevenire le complicanze;
- vivere al meglio la propria condizione di salute.

L'educazione terapeutica dovrebbe permettere al bambino e alla sua famiglia di acquisire e mantenere le capacità e le competenze che lo aiutino a vivere in maniera ottimale con la malattia cronica.

Gli obiettivi principali dell'educazione terapeutica sono:

- comprendere la malattia e il trattamento;
- cooperare con i medici di famiglia;
- gestire la crisi di asma;
- raggiungere l'autonomia e l'empowerment del bambino e della sua famiglia;
- vivere in maniera più sana adottando adeguati stili di vita;
- mantenere e migliorare la qualità di vita.

INCONTRI INDIVIDUALI

Dopo la prima visita e la diagnosi di asma è previsto l'incontro educativo individuale della durata di circa 30 minuti per il bambino/adolescente e la sua famiglia. Questo incontro è indipendente dall'età dei bambini. Gli strumenti

utilizzati per la comprensione e gestione dei problemi di salute sono adeguati all'età.

SETTING

La stanza è arieggiata, luminosa; la porta aperta per l'accoglienza, le sedie sono scostate in posizione di apertura.

Sono stati preparati sul tavolo:

- la cartella con le schede educative che aiutano e supportano l'intervento educativo;
- un contenitore con modellino anatomico del bronco, vari modelli di distanziatore e tipi di farmaci;
- un blocco o fogli da disegno, una scatola di pennarelli;
- in un angolo il cestino con le caramelle, acqua e bicchieri.

Una parte della stanza può essere esplorata dal bambino con possibilità di utilizzo delle lavagne, spazi per dipingere o leggere libretti, palloncini da gonfiare.

CONTENUTI

L'incontro prevede uno scambio di informazioni in riferimento alla relazione clinica rilasciata dal medico specialista. Il colloquio verte:

- sulla situazione contingente del bambino;
- sugli aspetti eziopatogenetici dell'asma;
- su come riconoscere la crisi;
- sui fattori scatenanti;
- sulle modalità di somministrazione dei farmaci (sia per le crisi che ad uso quotidiano).

METODI E STRUMENTI

Per l'incontro è fondamentale l'utilizzo di alcune schede che vengono visionate con il bambino e il genitore. Fondamentale è la dimostrazione pratica della somministrazione dei farmaci con distanziatore appropriato, per accompagnare e orientare le famiglie nella gestione dell'asma.

Si dà importanza al ruolo proattivo dei genitori e dei bambini/adolescenti nella gestione quotidiana dell'asma anche attraverso la registrazione dei sintomi, dei fattori scatenanti, dei farmaci al bisogno con l'ausilio di un diario giornaliero da compilare a casa e da riportare alla visita successiva già programmata.

Si informano i genitori e il bambino/ragazzo sulla presenza del sito www.ioeasma.it e sulla possibilità di attivare il protocollo per la somministrazione dei farmaci a scuola.

INCONTRI DI GRUPPO PER BAMBINI/ ADOLESCENTI E LORO GENITORI

Oltre agli incontri individuali, si effettuano incontri di gruppo rivolti a: genitori, nonni, altri caregivers e bambini/adolescenti divisi per fasce di età dai 4 agli 8 anni e dai 9 anni in poi. Gli incontri sono previsti tra la seconda e la quarta visita; la durata è di due ore circa.

Le attività saranno poi diversificate e adattate in base all'età. I bambini/adolescenti partecipano agli incontri lo stesso giorno e nella stessa fascia oraria dei loro genitori. Sono previsti gruppi formati da un minimo di 5 ad un massimo di 8 bambini. La sede è la stanza per l'educazione terapeutica.

Il gruppo dei genitori varia da 10 a 16 partecipanti e si svolge in un'aula polifunzionale.

Gli incontri sono condotti da diverse figure: medico, infermiere, assistente sanitaria, psicologa, rappresentante dell'Associazione dei pazienti.

METODI E STRUMENTI

Si favorisce in entrambi i gruppi la partecipazione attiva al fine di rinforzare le conoscenze acquisite, le abilità raggiunte e gli atteggiamenti favorevoli utili a controllare la malattia per vivere una vita "normale".

Bambini/Adolescenti

Esercitazioni pratiche e momenti di gioco, discussione e condivisione dei problemi di ognuno e degli sbagli più comuni nell'aderenza alla terapia. Giochi di ginnastica respiratoria e di verifica dell'apprendimento.

Genitori

Attraverso la metodologia del metaplan si invitano i genitori a scrivere su dei post-it le difficoltà emergenti nella gestione della malattia del proprio figlio.

Questo metodo favorisce il confronto tra i genitori che vivono la medesima situazione, permette loro di parlare liberamente e di condividere modalità per affrontare le diverse situazioni.

Stare insieme ad altri genitori con lo stesso problema aiuta ad essere meno ansiosi e ad acquisire più sicurezza nella gestione della relazione con il proprio figlio.

CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE

Il centro "Io e l'Asma" è un ambulatorio specialistico, che prevede interventi di educazio-

ne terapeutica integrati nel percorso clinico. L'attenzione al bambino/adolescente e alla sua famiglia si realizza nella stessa sede, dove anche gli spazi e il clima sono fondamentali nel favorire il processo di cura globale.

La valutazione dell'esperienza clinica "Io e l'Asma", che applica tre indicatori ritenuti di primaria importanza nella gestione dell'asma (educazione, monitoraggio del controllo della malattia e della funzionalità polmonare) ha avuto come esito, sulla base del confronto pre-post, un miglioramento dei sintomi, un controllo della malattia, una diminuzione dei farmaci e dei costi, una riduzione delle assenze scolastiche e delle ospedalizzazioni, un miglioramento della qualità di vita. I dati sono stati pubblicati sulla rivista *Medico e Bambino* di novembre 2012.

Sicuramente la buona gestione, come ampiamente dimostrato, cambia la qualità della vita dei pazienti e la vera innovazione sarebbe applicare il modello nei poliambulatori e sul territorio. Come diceva Goethe "Non basta sapere, si deve anche applicare".

Il PDTE descritto dimostra che vi è un beneficio statisticamente e clinicamente significativo nella gestione dell'asma pediatrico. I corsi educazionali, parte integrante del percorso e i follow up, avviano la famiglia alla conoscenza della malattia e ad un adeguato "self-management" rendendola anche proattiva.

L'esperienza dell'applicazione dell'Educazione Terapeutica ha permesso, infine, un adeguato impiego della competenza dei vari operatori e, nello specifico caso dell'Assistente Sanitaria, ne ha valorizzato il ruolo e le funzioni educative e di promozione della salute. Per tale ragione il Centro è, da anni, sede di tirocinio per la formazione universitaria degli studenti del CdS in Assistenza Sanitaria che, molto frequentemente, lo scelgono anche come area di indagine per l'elaborazione delle loro tesi finali.

* *Adriana Boldi, Presidente Associazione Laboratorio Clinico Pedagogico e Ricerca Biomedica; già direttrice della scuola Infermieri "Marcello Candia" di Brescia.*

** *Ada Pluda, Assistente Sanitaria, Laboratorio Clinico Pedagogico e Ricerca Biomedica; responsabile dell'educazione terapeutica del Centro "Io e l'Asma".*

Bibliografia

Ayala G.X.-Gillette C.-Sleath B. et al., *Provider demonstration and assessment of child device technique during pediatric asthma visits*, «Pediatrics», 127 (2011), pp. 642-8.

Bianchi M. - Boldi A. - Boldini G. - Bonati M. - Cartabia M. - Clavenna A. - D'Agata E. - Guarnaccia S. - Pluda A., *Valutazione dell'efficacia di un percorso terapeutico educativo nel migliorare il controllo dell'asma in bambini e adolescenti*, «Medico e Bambino», 9 (2012), pp. 15-19.

Chiarini M.- D'Agata E.-Domenighini S.- Gaffurini A.- Guarnaccia S.-Lombardi A.-Notarangelo L.D.-Schumacher R.F.- Spiazzi R., *Application and implementation of the GINA asthma guidelines by specialist and primary care physicians: a longitudinal follow-up study on 264 children*, «Prim Care Respir J», 6 (2007), pp. 357-362.

Cloutier M.M. - Wakefield D.B., *Translation of a pediatric asthma management program into a community in Connecticut*, «Pediatrics», 127 (2011), pp. 11-8.

d'Ivernois J.F. - Gagnayre R., *Educare il paziente. Un approccio pedagogico*, tr.it. di M.G. Albano - L. Sasso, Mc Graw-Hill, Milano 2006.

Gershon A.S. - Guttmann A. - Lougheed M.D. - To T. et al., *Evidencebased performance indicators of primary care for asthma: a modified RAND*

Appropriateness Method, «Int. J. Qual Health Care», 22 (2010), pp. 476-85.

Global Strategy for Asthma Management and Prevention, Global Initiative for Asthma (GINA), 2015, available from: <http://www.ginasthma.org/>.

Joint Commission International, 2014.

Lacroix A. - Assal J.P., *Educazione terapeutica dei pazienti - nuovi approcci alla malattia cronica*, tr.it. di S. Ciaccio - D. Sofrà, Minerva Medica, Torino 2005.

Documenti

Carta di Ottawa per la promozione della salute (1986).

Quaderni di sanità pubblica n. 63 anno 12 Integrazione tra ospedali e servizi di base (1989).

OMS Educazione terapeutica del paziente (1998).

HPH task force promozione della salute dei bambini e degli adolescenti in e da parte dell'ospedale (2007).

Consiglio d'Europa: approcci innovativi malattie croniche (2011).

Regione Lombardia: Piano Regionale di Prevenzione (2010-2012).

Regione Lombardia: Piano Socio Sanitario (2010-2014).

Piano d'azione OMS malattie non trasmissibili (croniche) (2008-2013).

Piano d'azione Europeo (2012-2020).

21 Obiettivi dell'OMS Europa per il XXI Secolo.



Comunicazioni del Collegio

Assemblea annuale degli iscritti al Collegio IP.AS.VI. di Brescia Brescia 2 aprile 2016

Relazione del Presidente Stefano Bazzana

Gent. Colleghe, Cari Colleghi,

a nome mio personale e degli organi collegiali -Consiglio Direttivo e Collegio dei Revisori- vi porgo il benvenuto e vi ringrazio per la partecipazione a questa 61ma assemblea annuale del Collegio IPASVI di Brescia. La relazione del presidente ha lo scopo istituzionale di fare un bilancio, informandovi delle attività svolte nell'anno passato e delle iniziative da intraprendere nell'anno in corso. Da qualche anno, tuttavia, l'assemblea ordinaria degli iscritti costituisce una preziosa occasione di aggiornamento, oltre che di confronto e riflessione sui temi a cui il nostro organismo di rappresentanza, è preposto. Quest'anno, considerato l'avvio della riforma del SSR, il titolo del Convegno proposto è: "L'INFERMIERE CHE RIFORMA: il valore aggiunto della professione nel riordino del Servizio Sanitario Regionale". Lo scopo del convegno è presentare agli iscritti della nostra provincia la progettualità in corso a livello di Collegi lombardi, il lavoro svolto dai sottogruppi bresciani, le sperimentazioni da avviare nelle diverse ASST per produrre un sapere infermieristico su competenze distintive e pubblicare i risultati che dimostrino l'appropriatezza della risposta ai bisogni crescenti delle famiglie (cronicità e fragilità).

RELAZIONE ATTIVITÀ ANNO 2015

Viene presentata agli iscritti l'attività politico-istituzionale del Consiglio Direttivo, del Presidente e delle cariche oltre alla imprescindibile attività di supporto della segreteria. È inoltre consuetudine ormai consolidata per

il Collegio di Brescia l'assegnazione delle attività progettuali e formative alle numerose Commissioni, che si sono rinnovate nella composizione nel corso del mandato triennale. Come ogni anno, pertanto, sono stati fissati gli obiettivi di ciascuna Commissione permanente che, oltre alle attività ordina-



rie, 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.

Il Presidente riassume l'attività delle commissioni per l'anno 2015 e ringrazia la collega Maria Lorena Bazzani per il suo contributo in qualità di nuova Referente del Sistema Qualità.

- Commissione Etica: 9 incontri, formazione interna, 1 Corso di formazione
- Commissione Innovazione: 4 incontri, 2 edizioni laboratorio "HackathonBs"
- Commissione Giovani e Lavoro: 3 incontri, 2 Eventi formativi
- Commissione Libera Professione: 20 incontri, 4 Corsi (+2)
- Commissione Operatori di supporto: 3 incontri, 2 Corsi di formazione
- Commissione Pareri: 44 risposte a quesiti (+ 8 segnalazioni)
- Commissione Cittadini stranieri: 3 incontri, 20 test di italiano, 2 commissioni, 1 Corso
- Commissione Comunicazione e Rivista: 6 incontri, 10>NNL, 2 tempo di Nursing, 3 TdN News, 36 articoli, 1 Corso di formazione
- Commissione Formazione: 14 incontri, supporto a 29 eventi formativi, 2 convegni. N° partecipanti 897 su 1259 (71%)
- Referente Qualità: 10 incontri, Redazione del Riesame Direzione, 1 audit interno, progettazione Corso 2016

Sul dato evidenziato dalla Commissione Formazione si rileva, anche dagli interventi del pubblico, l'alta percentuale di iscritti che non si presentano ai corsi convegni (circa il 30%, anche oggi ad es. sono oltre 100 i colleghi che hanno occupato un posto e non si sono presentati).

DOCUMENTI E PROGETTI ANNO 2015

Oltre all'attività delle Commissioni il presidente illustra brevemente i progetti e le collaborazioni avviate nell'anno 2015

- Per-corsi di formazione e supervisione per i componenti dei quattro sottogruppi della Commissione Formazione

- Collaborazione con Movimento Diritti del Malato di Brescia (Premio tesi di Laurea su temi etico-deontologici)
- Collaborazione con Comuni, Associazioni e Istituti Scolastici per campagne di promozione e di educazione nelle scuole
- Collaborazione con Ordini e Collegi, partecipazione al Comitato Scientifico dell'OMCeO, partecipazione alle riunioni del CUP e della Consulta Professioni presso la Camera di Commercio di Brescia
- Prosecuzione progetto "Ma che faranno mai al Collegio?" rivolto a tutti gli studenti delle sezioni bresciane del CdiL in Infermieristica e allargamento agli studenti del CdiL in Assistenza Sanitaria
- Definizione del documento ANAC per la trasparenza e anticorruzione, pubblicazione sul sito di tutti i dati richiesti dalla cd Delibera Cantone
- Incontri con i neolaureati infermieri e AS "Primi passi nella professione"
- Partecipazione alla ricerca qualitativa "Storie di malattia e presa in carico: sviluppo di modelli organizzativi per la continuità di cura", Ricerca qualitativa, multi prospettica, policentrica in alcuni territori del nord Italia in collaborazione con APS Milano, Consorzio Colibri Bologna, Collegio Ipasvi di Milano Lodi MB, Associazione Aprire e Siti Lombardia;
- Partecipazione al Comitato Promotore Komen Italia e gestione del Villaggio della Salute, Race for the Cure, Brescia 2015
- Partecipazione al Festival culturale "Le X Giornate" con intervento congiunto Ipasvi, OMCeO e Movimento Diritti del Malato
- Partecipazione al tavolo istituito dal Comune di Brescia sul nuovo Sistema NUE 112 per il servizio di emergenza urgenza (maggio 2015). Elaborazione documenti per incontro pubblico 11 dicembre 2015.
- Prima esperienza in Italia HackathonBS con il coinvolgimento di malati cronici, cittadini, infermieri e makers (artigiani digitali)
- Avvio Progetto di Collaborazione e Ricerca SDA Bocconi/Collegi Lombardi su nuovo SSR.

ATTIVITÀ ISTITUZIONALI SVOLTE NEL 2015

ATTIVITÀ ISTITUZIONALI	LAVORO SVOLTO
Sedute di Consiglio 2015	n. 23 C. Direttivi + n. 3 C. Straordinari (n. 107 Deliberazioni)
Nuovi Iscritti Albi n. 289 Provenienti da altri Collegi n. 35 Totale	n. 324
Cancellazioni dal ruolo n. 137 Trasferimenti ad altri Collegi n. 9 Totale	n. 146
Incontri per attivazione procedura riconoscimento titolo cittadini non U.E.	n. 20 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 13 esaminandi
Esami cittadini stranieri	n. 13 attestazione superamento esame n. 0 attestazioni di non superamento esame

ATTIVITÀ ISTITUZIONALI E DI SEGRETERIA ANNO 2015

ATTIVITÀ ISTITUZIONALI	LAVORO SVOLTO
Incontri sull'esercizio libero professionale	n. 25 colloqui e n. 9 incontri Commissione
Risposte a quesiti scritti, legali fiscali, professionali e deontologici	n. 44 risposte scritte a richieste di consulenza
Segnalazioni	n. 8 risposte scritte
Rinnovo Certificazione del Collegio 23 luglio 2015	n. 10 incontri svolti in sede dalla Resp. Qualità
Incontri e colloqui con il Presidente	n. 27 con verbale di incontro

ATTIVITÀ ISTITUZIONALI	LAVORO SVOLTO
Risposte a richieste degli iscritti in sede e per telefono	n. 2120 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. 1520 in entrata e n. 846 in uscita per tot. 2366 numeri di protocollo
Sito Istituzionale	n. 370 aggiornamenti anno 2015 in ottobre pubblicata nuova piattaforma

Prima di passare la parola al tesoriere il presidente esprime un sincero ringraziamento alle centinaia di colleghi che hanno collaborato nel corso dell'anno 2015, ai consulenti che ci hanno supportato nei campi specifici (fiscale, legale, informatico, del lavoro, sicurezza, qualità) e alle nostre dipendenti Carlamaria Bonometti e Valeria Gelmi che garantiscono una continuità di presenza e di raccordo tra i diversi organi del Collegio, i consulenti e gli iscritti.



Il tesoriere **Angelo Benedetti** passa quindi ad illustrare all'Assemblea, il Rendiconto generale economico finanziario dell'esercizio 2015 e nello specifico si esaminano dettagliatamente il rendiconto economico-finanziario competenza 2015 ed i residui attivi e passivi al 31.12.2015. (Pubblicati sul sito nelle settimane precedenti e forniti in copia ai presenti al momento dell'iscrizione all'assemblea). Vengono forniti i chiarimenti richiesti dagli intervenuti in assemblea.

RELAZIONE DELLA PRESIDENTE DEL COLLEGIO DEI REVISORI DEI CONTI

Prendendo atto della presentazione del bilancio consuntivo 2015 da parte del Tesoriere Angelo Benedetti, la Presidente dei revisori dei conti Dr.ssa **Maria Audenzia Conti** attesta che il rendiconto della gestione finanziaria al 31/12/2015 è stato redatto nel rispetto delle norme di legge e del regolamento amministrativo-contabile e approvato dal Consiglio Direttivo nella seduta del 23/03/2016 con delibera n. 21.

La sintesi della relazione descrive l'attività finanziaria avvenuta nell'esercizio 2015, pertanto:

- valutata da parte del Collegio dei Revisori dei Conti la documentazione relativa al rendiconto generale 2015 e la completezza e chiarezza dello stesso e dei relativi allegati, così come previsto dal regolamento amministrativo - contabile;

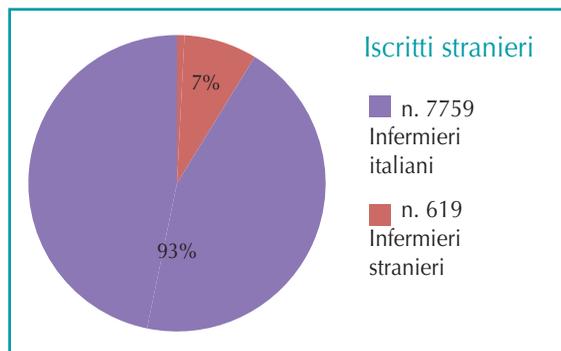
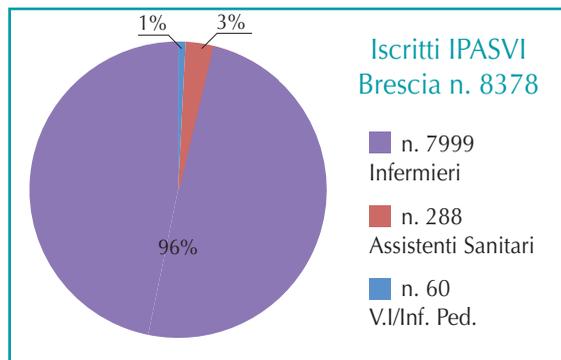
- considerato e verificato che il rendiconto generale è stato redatto secondo corretti principi di contabilità;
- preso atto della correttezza dei risultati finanziari, economici e patrimoniali della gestione sulla scorta dei controlli effettuati;
- verificata la corrispondenza dei dati riportati nel rendiconto generale con quelli analitici desunti dal sistema di scritture contabili;

il Collegio dei Revisori dei Conti esprime un giudizio favorevole sulla veridicità del bilancio consuntivo 2015 così come redatto e lo pone all'approvazione di parte dell'Assemblea degli Iscritti.

Conclusa la relazione del presidente dei revisori dei conti, si apre la discussione e si dichiara aperta la prima votazione sul bilancio consuntivo 2015.

OPERAZIONI DI VOTO DEL BILANCIO CONSUNTIVO 2015

Il Presidente, Dr. Stefano Bazzana, comunica che la capacità di espressione di voto è di 262 voti complessivi, dati dagli iscritti partecipanti all'assemblea ed aventi diritto di voto che sono n° 229 più n° 33 deleghe valide.



Su proposta del Presidente, visto il numero dei partecipanti, i presenti all'unanimità scelgono di procedere alla votazione per alzata di mano. Per facilitare il conteggio viene prima chiesto di votare ai contrari, poi agli astenuti ed infine ai favorevoli.

Contrari n° 0 (nessuno)

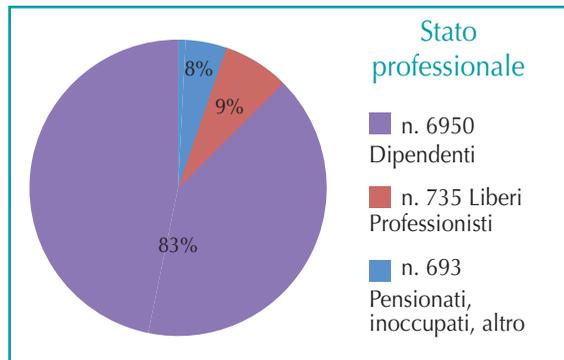
Astenuti n° 0 (nessuno)

Favorevoli n° 262

Il bilancio consuntivo 2015 viene approvato all'unanimità.

RELAZIONE PROGRAMMATICA ANNO 2016

Il presidente Bazzana illustra e commenta brevemente la fotografia al 31 marzo 2016 dei tre Albi Professionali che costituiscono il nostro Collegio provinciale



Dall'accorpamento di quattro Commissioni precedentemente operanti, a partire da questo mandato sono nate 4 commissioni nuove: Commissione Etica, Commissione Territorio, Commissione Giovani e Lavoro, Commissione Innovazione.

COMMISSIONE ETICA

I componenti della commissione sono:

Componenti esterni: Bergomi P., Carli E., Celi S., Cesari C., Matteotti D., Piconi C., Ricci R., Riefoli C.

Componenti Consiglio Direttivo: Bazzana S., Di Giaimo A., Zanni M.

Coordinatore: Lidia Tomaselli

Obiettivi a medio termine:

- sensibilizzare / avvicinare i colleghi all'etica del quotidiano
- conoscere e utilizzare il codice deontologico
- formare e aggiornare gli iscritti

Obiettivi a lungo termine:

- costituire un team di esperti per promuovere riflessioni e comportamenti etici
- fornire consulenze-pareri

Attività di FORMAZIONE

- corso per componenti della commissione: IL CODICE DEONTOLOGICO: "Una guida per l'infermiere nella condotta professionale";
- convegno per iscritti: 9 giugno 2016 "Le cure di fine vita, aspetti etici e clinico assistenziali";
- convegno per iscritti "Infermieri ed advocacy a difesa dei diritti e della dignità della persona assistita: promuovere la buona assistenza, riconoscere e prevenire i maltrattamenti nei luoghi di cura";
- ATTIVITÀ DI CONSULENZA in collaborazione con la commissione pareri legali e fiscali.

COMMISSIONE INNOVAZIONE

I componenti della commissione sono:

Componenti esterni: Paola Bertazzi, Claudio Bini, Anna Brescianini, Andrea Francescone, Everton De Souza Nascimento.

Componenti Consiglio Direttivo e Collegio Revisori: L. Beltrami, A. Chiodi, M. Goings

Coordinatore: Roberto Ferrari

Obiettivi generali:

- mettere a fuoco le caratteristiche organizzative attualmente più diffuse nelle strutture sanitarie e che incidono negativamente sulla qualità della vita del paziente, oltre che sul rispetto della sua individualità;
- ideare nuovi modelli organizzativi focalizzati su una maggiore qualità della vita ed un maggiore rispetto dell'individualità del paziente;
- creare gruppi di lavoro misti infermieri - makers per la realizzazione di ausili, dispositivi, software e presidi innovativi;

OBIETTIVI 2016

Innovazione organizzativa: nuovi modelli organizzativi più vicini al paziente.

Prosecuzione Laboratori Innovazione tecnologica.

COMMISSIONE TERRITORIO E RETE DEI SERVIZI

Componenti esterni: Andrea Francescone, Carlo Ungari, Edj Falchi, Elena Pasotti, Everto Nascimento De Souza, Lorena Cavagnini, Lucia



Laratta, Mara Baldo, Massimiliano Veneziani, Patrizia Bevilacqua, Silvia Biatta, Simone Veroli
Componenti Consiglio Direttivo: A. Di Giaimo, M. Paderno L. Tomaselli, M. Zanni

Coordinatore: Angelo Benedetti

Obiettivi:

- promuovere la cultura professionale e l'adozione di strategie e metodologie di lavoro condivise tra le differenti realtà presenti sul territorio;
- valorizzare il ruolo e l'agire infermieristico presso il territorio e le unità di offerta della rete dei servizi socio-sanitari;
- sviluppare l'integrazione tra i diversi attori socio-sanitari presenti sul territorio, al fine di costituire una rete funzionale alla presa in carico integrata dei bisogni di salute della persona.

COMMISSIONE GIOVANI E LAVORO

I componenti della commissione sono:

Componenti esterni: Iacopo Barbieri, Gabriele Guerini, Mirco Marotti, Federica Consoli

Componenti Consiglio Direttivo e Revisori: Laura Beltrami, Roberto Ferrari, Marita Maud Goings

Coordinatore: Angela Chiodi

Obiettivi:

- proporre eventi formativi per gli studenti del terzo anno e per i neolaureati che si affacciano al mondo del lavoro;
- monitorare l'attuale situazione lavorativa in Italia e all'estero;
- partecipare alle giornate d'orientamento degli studenti delle scuole superiori;
- essere di supporto ai giovani infermieri precari e ai disoccupati.

Iniziative già realizzate:

“Caccia al lavoro! Infermieri e opportunità occupazionali” rivolto ai colleghi neolaureati, Workshop per infermieri e assistenti sanitari neolaureati inoccupati, “primi passi nella professione” aperto anche agli studenti 3 anno, oltre 200 iscritti: Sala Conferenze AVIS, 19 marzo 2016

COMMISSIONE PARERI LEGALI FISCALI E PROFESSIONALI

I componenti della commissione sono:

Bazzana Stefano, Chiodi Angela, Goings Marita Maud, Tortelli Dionigi.

Coordinatore: Stefania Pace

Obiettivi:

fornire attività di consulenza rispetto a quesiti di carattere professionale, legale, fiscale e relativi alla libera professione. Le risposte sono a cura della Commissione e, se necessario, con la collaborazione di altri professionisti nostri consulenti.

Attività:

- 44 risposte a quesiti;
- 6 incontri e 8 segnalazioni con risposta scritta

COMMISSIONE COMUNICAZIONE E “TEMPO DI NURSING”

I componenti della commissione sono:

Componenti esterni: Silvia Chiari, Nadia Regonasi, Valeria Rosa, Carla Noci, Milena Guarinoni

Componenti Consiglio Direttivo: Angela Chiodi, Roberto Ferrari, Marco Torriani, Donigi Tortelli

Coordinatore: Stefano Bazzana

Attività svolta 2015:

Realizzati due numeri Rivista Tempo di Nursing (n° 68 e 69) Redazione di tre numeri di Tempo



di Nursing News (n° 48-49-50) Gestione Pagina FB e Social (nuova pagina istituzionale da luglio 2015) Produzione periodica della Newsletter ufficiale del Collegio (NurseNewsLetter) Coordinamento di tutte le attività delle Commissioni aventi come obiettivo l'informazione, e la comunicazione Regia e cura dei rapporti con i media locali (Ufficio Stampa Ipasvi BS) per un totale di 30 articoli/redazionali, 8 comunicati stampa Sono state realizzate 9 interviste al presidente (tre in TV) 1 al segretario. L'IPASVI è stato inserito come partner nella campagna di comunicazione svolta in occasione del festival "LeXGiornate" e della "Race for the Cure" di Susan G. Komen Italia. Aggiornamento quotidiano del sito istituzionale (oltre 370 nel corso del 2015) Realizzazione della nuova piattaforma web istituzionale e messa on line.

Obiettivi:

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) attraverso la realizzazione delle attività sopraccitate. Coordinamento delle attività connesse alla gestione delle comunicazioni attraverso i maggiori social network (es. nuova Pagina FB Ipasvi BS).

COMMISSIONE OPERATORI DI SUPPORTO e INFERMIERI STRANIERI

I componenti della commissione sono:

Componenti esterni: Claudio Prandelli, Egidio Masneri, Elena Pasotti, Alberti Luca, Desiree Matteotti, Antonella Sancius, Lorena Cavagnini, Enrico Ballerini, Monica Coccoli, Nadia Regonasci, Patrizia Bevilacqua, Rosa Valeria.

Componenti Consiglio Direttivo: Carla Agazzi, Paolo Boldini, Angelo Benedetti, Cinzia Do, Marita Maud Goings, Lidia Annamaria Tomaselli.

Coordinatore: Massimo Paderno

Obiettivi:

- 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;

- nomina di eventuali nuovi esperti per commissioni d'esame 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;

Inoltre: 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. 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

I componenti della commissione sono:

Componenti esterni: Noci Carla, Marcomini Ilaria, Sartori Marta, Coccoli Monica, Marzoli Andrea Giovanni, Bini Claudio, Turriceni Santina, Burresti Simona, Guidetti Lara, Libretti Giovanna, Ricci Roberto, Bertazzi Paola.

Componenti Consiglio Direttivo: Agazzi Carla, Bazzana Stefano, Tomaselli Lidia, Zanni Monica

Coordinatore: Chiara Pedercini

Obiettivi generali:

- favorire la crescita professionale attraverso la progettazione di percorsi formativi;
- diffondere la cultura della pratica basate sulle prove di efficacia al fine di promuovere interventi assistenziali di best practice;
- identificare il ruolo del Collegio nella gestione del portfolio formativo professionale;
- collaborare con le associazioni professionali;
- Supportare l'attività formativa identificata dalle altre commissioni;
- interfacciarsi con le istituzioni (università ed aziende ospedaliere), per favorire l'integrazione fra teoria e prassi;
- integrare sistematicamente le necessità formative degli iscritti;
- favorire la partecipazione a studi di ricerca in collaborazione con Università, Associazioni, Collegi.

Obiettivi dei quattro sottogruppi Commissione Formazione:

1 • Sensibilizzazione dei professionisti al tema della flessibilità

(Monica Zanni, Lidia Tomaselli, Carla Agazzi, Simone Maranesi, Roberto Ricci, Santina Turriceni)

Intraprendere l'analisi di due aspetti della flessibilità individuati come complementari: quello normativo-contrattuale e quello aziendale

2 • Evidenze e strumenti per l'assistenza

(Chiara Pedercini, Zanni Monica, Maria Audenzia Conti, Marita Goings, Paola Bertazzi, Claudio Bini, Iliaria Marcomini)

Formazione sul campo triennale in ambito di EBP al fine di individuare e ricercare dei quesiti clinico-assistenziali al fine di produrre report scientifici, poster, reminder, utili ai professionisti

3 • Nursing Narrativo

(Stefano Bazzana, Lidia Tomaselli, Maria Audenzia Conti, Giovanna Libretti, Noci Carla, Marzoli Giovanni)

Raccontare esperienze e vissuti di cura, utilizzando come occasione di apprendimento e confronto

4 • Formare i Formatori

(Carla Agazzi, Stefano Bazzana, Carla Noci, Chiara Pedercini, Monica Zanni, Sartori Sarzi Marta, Burrese Simona, Guidetti Lara)

Percorso per l'acquisizione di competenze utili allo sviluppo e trasmissione delle competenze professionali (cliniche, didattiche ed organizzative).

Progetto Accademia Ipasvi Brescia. Negli ultimi anni sono stati molti gli iscritti che al termine di brevi corsi di formazione ci hanno chiesto di poter approfondire alcuni contenuti e di poter apprendere delle vere e proprie competenze, in particolare in ambito formativo. Il formatore Pro.F è un professionista della formazione in ambito socio-sanitario, capace di seguire i processi d'aula in tutte le sue fasi: sa ideare e progettare un intervento formativo utilizzando strategie e tecniche della progettazione formativa, sa gestire efficacemente il gruppo attraverso metodologie e tecniche di comunicazione e conduzione dei processi formativi, sa verificare e valutare gli esiti dell'intervento formativo.

COMMISSIONE LIBERA PROFESSIONE

I componenti della commissione sono:

Componenti esterni: Anna Brescianini, Gabriele Guerini, Lara Guidetti, Carlo Zani, Luigi Vitale
Componenti Consiglio Direttivo: Angelo Benedetti, Roberto Ferrari, Massimo Paderno, Monica Zanetti

Coordinatore: Carla Agazzi

Con i suoi 700 LP, la provincia di Brescia resta un punto di riferimento nel panorama della libera professione infermieristica. In questi anni di contrazione dell'offerta di lavoro dipendente l'attività della commissione si sta focalizzando sulla consulenza, soprattutto nei confronti dei colleghi più giovani, che intendono intraprendere l'attività libero professionale nelle sue varie forme. La commissione è inoltre impegnata in maniera molto attiva nella rilevazione e nel soddisfacimento del fabbisogno formativo specifico degli infermieri LP.

ATTIVITÀ SVOLTE 2015

Colloqui individuali con liberi Professionisti: 20 incontri, 4 Corsi di formazione (+2)

- Controllo della corrispondenza in entrata ed in uscita
- Controllo delle richieste per nuove attività in libera Professione, pubblicità sanitaria, pareri preventivi
- Richieste di pertinenza fiscale al consulente Dott. Aurelio Bizioli

OBIETTIVI 2016

Aggiornamento Elenco dei Liberi Professionisti.

- Progettazione di corsi di formazione inerenti l'attività e la progettazione in Libera Professione.
- Collaborazione con la Commissione OSS e infermieri stranieri.
- Aggiornamento dell'area specifica sul sito web istituzionale.

Il Presidente passa la parola al Tesoriere Angelo Benedetti per l'illustrazione del bilancio preventivo 2016.

Il Tesoriere introduce la sua relazione spiegando la riduzione della quota di iscrizione del 50%

per i neoiscritti degli anni 2013, 2014 e 2015. L'operazione in sé incide per €21.000 sul bilancio di esercizio 2015.

Il Bilancio preventivo del 2016 si è posto l'obiettivo della chiusura in pareggio.

Le entrate di competenza ascritte sono pari a € 596.442,94

Le uscite di competenza ascritte assommano a € 596.442,94

Utilizzo dell'avanzo di amministrazione iniziale € 27.137,94

Vengono accantonati in un fondo di riserva € 11.777,94.

Terminata la presentazione del Bilancio di Previsione presenta la sua relazione il presidente dei revisori, la Dr.ssa Maria Audenzia Conti, la quale attesta che Il Bilancio preventivo 2016 è stato redatto nel rispetto delle norme rispetto delle norme di legge e del regolamento amministrativo-contabile e approvato dal Consiglio Direttivo del 23/03/2016 con deliberazione n. 20.

Il Presidente del Collegio, Dr. Stefano Bazzana chiede all'assemblea se ci sono interventi. Dopo ampia discussione si dichiarano aperte le

OPERAZIONI DI VOTO DEL BILANCIO PREVENTIVO 2016

Il Presidente del Collegio, Dr. Stefano Bazzana, comunica che la capacità di espressione di voto È di complessivi 257 voti, dati dagli iscritti partecipanti all'assemblea ed aventi diritto di voto che sono n° 224, più n° 33 deleghe valide.

Il Segretario precisa che, rispetto alla votazione precedente, n. 5 colleghi hanno lasciato l'aula, pertanto i voti complessivi sono passati da un totale di 262 ad un totale di 257.

Per facilitare il conteggio viene prima chiesto di votare ai favorevoli, poi ai contrari ed infine agli astenuti.

Astenuti	n° 1
Contrari	n° 0
Favorevoli	n° 256

Il bilancio preventivo 2016 viene approvato.

L'assemblea termina con un momento celebrativo per gli iscritti, il benvenuto ai neolaureati nella comunità professionale e la consegna di un dono ricordo alle colleghe prof.ssa Emma Carli,

AS Adriana Boldi e AS Pasquina Temponi per i **50 anni di iscrizione all'Albo.**

Emma Carli

Infermiera e caposala agli Spedali Civili, Dirigente dell'Assistenza Infermieristica e Direttrice della Scuola per Assistenti Sanitari istituita nei primi anni ottanta presso la "Paola di Rosa" di Brescia.

L'intelligenza e la formidabile capacità di analisi di Emma Carli la porta meritatamente ai livelli più alti mai raggiunti prima da un infermiere. Primo professore associato in Scienze infermieristiche presso l'Università degli Studi di Brescia (una delle prime tre in Italia), già Presidente del Collegio IPASVI di Brescia e Presidente, per due mandati, della Federazione Nazionale Collegi.

...i mitici anni '90...

Emma Carli ha influenzato fortemente il processo di evoluzione della professione infermieristica, accompagnandola nei cambiamenti più significativi del percorso di professionalizzazione:

- ingresso in Università, Brescia capofila con sperimentazione Diploma Universitario (1992)
- profilo professionale (1994) ...come non ricordare la manifestazione a Roma capitanata dalla nostra presidente nazionale in quel 1° luglio di una caldissima estate,
- patto tra infermiere e cittadino (1996) con una formidabile campagna di comunicazione con la popolazione,
- il primo, vero codice deontologico elaborato dalla professione (1999),
- l'abolizione del mansionario con la Legge 42/99, ponendo così le basi per il raggiungimento di una piena autonomia e maturità professionale.

È stata una grandissima emozione, al termine di queste parole di presentazione e durante la premiazione, vedere l'assemblea alzarsi in piedi e tributare alla nostra presidente un applauso che pareva non voler terminare.

Adriana Boldi Riccabone

Dal 1975 al 1981 Consigliera del Collegio Ipasvi, dal 1982 al 1987 per due mandati vicepresidente all'epoca dell'inossidabile Maria Teresa Cantoni, che fu presidente per 27 anni. Numerose sono le proposte della collega Boldi riportate nei verbali, ancora scritti a mano dal segretario ASV Flavio Guaragna; dalle richieste di riconoscimento dell'aggiornamento professionale al coinvolgimento dei Collegi Lombardi per l'istituzione



dell'Ufficio Infermieristico, dall'organizzazione di convegni ad una partecipazione più attiva e incisiva alle politiche nazionali e all'attività di ricerca infermieristica. È proprio Adriana Boldi che, nel 1988, interrompe il "trentennio Cantoni" diventando presidente del nostro Collegio fino al 1990 e poi, ancora per un triennio, Consigliera. Nel frattempo acquisisce il titolo universitario di Dirigente dell'Assistenza Infermieristica (DAI). Molti di voi che sono "meno giovani", e magari sono stati suoi allievi, la ricordano sicuramente come Direttrice della Scuola Infermieri "Marcello Candia" (nota come Scuola Marchetti) della USSL n° 41 in città. Oggi Adriana Boldi è attivamente impegnata in qualità di Presidente dell'Associazione "Laboratorio Clinico Pedagogico e Ricerca Biomedica" che ha sede al Ronchettino e che svolge un'intensa attività di ricerca e formazione (vedi articolo su questo numero). Boldi scriveva nel giugno 1990 sul neonato periodico "Tempo di Nursing": *Perché un nostro giornale? Abbiamo deciso di intraprendere questa avventura, l'idea si è andata perfezionando col tempo e durante il nostro mandato si è realizzata. Prima in forma di circolari, ora con un vero e*



proprio giornale. La volontà di tutti di confrontare proposte e modalità di lavoro ha prodotto e produrrà nel tempo quelle pagine che permetteranno a noi e a voi di trovarvi risorse reciproche per un futuro professionale di qualità. Nasceva così la nostra rivista che ha superato il quarto di secolo, conta oltre 70 numeri con cinque “speciali”, da cui è gemmata la seconda rivista “Tempo di Nursing News” al suo 50° numero, inizialmente pubblicata come inserto dell’organo di stampa ufficiale.

Pasquina Temponi

Nasce a Concesio il 13 luglio 1939 dove vive tuttora. Oggi è accompagnata dai figli che la festeggiano insieme a noi per i 50 anni di iscrizione all’Albo di cui ben 45 lavorati (senza contare la precedente esperienza lavorativa!)

Dai 15 ai 23 anni è infatti impiegata, “*ma il lavoro in ufficio per me era la morte! A 23 anni, fortunatamente, ho potuto riprendere la scuola e ho frequentato i due anni di Infermiera professionale e poi un anno di Assistente sanitaria.*”

Dopo il diploma Temponi ha lavorato:

1 anno presso l’INAM come infermiera professionale, 4 anni alla Previdenza sociale come infermiera professionale, 1 anno alla Clinica S. Anna come caposala, 14 all’ospedale Civile come Assistente Sanitaria, 25 anni alla Casa

di Cura Domus Salutis come Assistente Sanitaria. Il suo motto è sempre stato: “*Prevenire i bisogni dell’ammalato, dei familiari, delle persone*”. A noi dichiara convintamente: “*ho sempre considerato la mia professione una fortuna per me e un dono per gli altri.*” Le chiediamo un ricordo speciale nella sua lunga carriera. *Dei tanti colloqui con i miei ammalati e i familiari uno in particolare mi è rimasto impresso; un familiare mi chiede: “A lei signora piace molto il suo lavoro ...”; io rispondo: “Ne sono sempre e più che mai entusiasta e cerco di svolgerlo con professionalità e tanta, tanta umanità”; il familiare riprende: “ Si vede guardandola negli occhi ...” A tutti i colleghi, in particolare ai più giovani, auguro di provare questa gioia nel relazionarsi con l’altro. Auguro a tutti buona continuazione.*

Dalla grande esperienza delle tre colleghe premiate, con un simbolico passaggio del testimone infine è stato consegnato un omaggio, con un applauso di benvenuto, ai numerosi neoiscritti al Collegio presenti in assemblea.

Grazie a tutti per l’attenzione e per la fiducia nell’attività di questo Consiglio Direttivo.

Stefano Bazzana

Presidente Ipasvi della Provincia di Brescia



Recensione

a cura di Annamaria Marzi*

Valutazione infermieristica della persona assistita: approccio integrato

Giovanna Artioli, Patrizia Copelli,
Chiara Foà, Rachele La Sala
Poletto Editore



L'approccio multidimensionale e multiprofessionale alla valutazione infermieristica quali-quantitativa della persona assistita è il cuore dell'opera in oggetto. L'adozione di un'ottica bio-psico-sociale nell'assistenza diviene indispensabile per individuare gli elementi più rilevanti e più completi (ma anche più profondi e di più difficile identificazione) della complessità della persona e dei bisogni che essa porta al professionista. Non solo l'aggiornamento delle pubblicazioni e degli strumenti di *assessment*, ma anche l'integrazione delle competenze professionali ha portato a questa seconda edizione del volume, che si è avvalsa nella stesura della costituzione di gruppi di autori in cui fossero presenti sia infermieri, sia psicologi e sociologi, al fine di integrare le diverse prospettive in un'ottica multidisciplinare.

I diversi autori hanno individuato 23 bisogni, che potranno nel tempo essere ulteriormente riadattati, frutto di una riflessione critica e ragionata delle evidenze scientifiche e cliniche, allo scopo di rendere analizzabili le diverse manifestazioni della realtà umana, col fine ultimo di progettare un intervento assistenziale il più possibile efficace e personalizzato. Per indirizzare il lettore nell'analisi della relazione benessere-malattia, il testo propone una presentazione sintetica ma completa dei principali dati di normalità e di alterazione clinica dei bisogni che compongono il piano dell'opera. Il volume propone quindi, per ciascuno di questi bisogni, e di quelli ad essi correlati, un insieme di strumenti, di natura quali-quantitativa per la loro valutazione, fornendo esempi e precise indicazioni per il loro utilizzo nella pratica assistenziale.

Il testo non si rifà ad una o più teorie infermieristiche specifiche o settoriali, ma adotta un approccio integrato, esito della coniugazione



cioè di strumenti derivanti dalle scienze oggettive, tipiche delle scienze naturali (misurazioni, scale, test e questionari) con metodologie qualitative, proprie delle scienze umane (colloquio narrativo, semi-strutturato, agenda del paziente, mappe concettuali, domande guida). L'analisi della complessità umana rappresenta la ragione per cui, in ogni capitolo e per ogni bisogno, a strumenti testistici, test di performance e scale self-report, sono stati affiancati diversi altri indicatori di valutazione, per lo più a risposta aperta e poco strutturata per sondare in profondità e in estensione il fenomeno esplorato. La prima tipologia di strumenti di valutazione, favorisce una lettura



oggettiva e confrontabile dei fenomeni assistenziali attraverso un linguaggio condiviso e il più possibile standardizzato. Essa viene integrata in una prospettiva assistenziale di riferimento caratterizzata anche dalla soggettività e dall'unicità della persona, relativamente al suo vissuto di malattia, alle sue interpretazioni, aspettative, emozioni, sentimenti, valori e contesti. Ciò è fondamentale per comprendere il modo con il quale la persona vive il proprio percorso nell'adattamento e nella risposta alla malattia.

Il fine dell'integrazione di strumenti quantitativi e qualitativi, che rappresenta l'originalità dell'opera, è quindi esplorare anche campi inesplorati, di percepire dimensioni non oggettivabili, di dare consistenza, evidenza e concretezza a ciò che si presenta impalpabile, instabile, variabile e profondamente interiore perché proprio dell'essere umano nella sua dimensione bio-fisiologica e la dimensione psico-socio-valoriale. Le domande sono naturalmente solo un orientamento per il professionista e lo studente, affinché egli possa scegliere, tra le diverse possibilità, quella che meglio si adatta alla persona e alla situazione incontrata, stimolando lo sviluppo di un pensiero costruttivamente critico.

* *Dottore Magistrale in Scienze Infermieristiche
Responsabile HOSPICE "Casa Madonna
dell'Uliveto" - Albinea - R.E.*

Prevenzione, Educazione e Promozione della salute

Quanti, fra i professionisti sanitari, sanno distinguere il significato profondo di questi termini? Spesso infatti sono utilizzati, nel gergo comune, come sinonimi. Ciascuno invece gode di ulteriori, diverse, declinazioni che possono afferire più coerentemente ad una determinata metodologia a sua volta afferente ad una determinata professione sanitaria.

Quanti conoscono la differenza tra educazione sanitaria, educazione alla salute, educazione terapeutica? È sufficiente (e corretto) affermare che le prime sono più di pertinenza dell'assistente sanitario mentre la terza dell'infermiere? E chi si occupa (o preoccupa) della promozione della salute? Secondo l'OMS (1998) la promozione della salute è il complesso delle azioni dirette non solo ad aumentare le capacità degli individui, ma anche ad avviare cambiamenti sociali, ambientali ed economici, in un processo che aumenti le reali possibilità di *governo*, da parte dei singoli e della comunità, dei determinanti di salute.

Quanti conoscono l'impatto della cosiddetta *Health Literacy* sulla salute? Intesa come l'insieme delle capacità cognitive e sociali che determinano la *motivazione* e le *abilità* indispensabili ad ogni individuo per accedere, comprendere e utilizzare, le informazioni necessarie a compiere scelte salutari. Sono ad esempio le conoscenze e attitudini correlate alla salute, l'autoefficacia (come farò?), la disponibilità al cambiamento, le capacità personali.

Il basso livello di quest'insieme di competenze viene considerato come un fattore di rischio, per il quale i professionisti della salute devono costruire adeguate strategie di contrasto.

Per il Focus del prossimo numero sono dunque graditi contributi ed esperienze da parte di tutti coloro che sono coinvolti in questi importanti processi (di cambiamento, di apprendimento esperienziale, di innovazione, di responsabilizzazione...).

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 citati 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° 70/2016

Direttore responsabile: Stefano Bazzana

Comitato di redazione: Silvia Chiari, Angela Chiodi, Roberto Ferrari, Milena Guarinoni, Carla Noci, Nadia Regonaschi, Valeria Rosa, Marco Torriani, Donigi Tortelli, (Coord. Stefano Bazzana)

Hanno collaborato a questo numero: Stefano Bazzana, Marco Torriani, Roberto Cotta Ramusino, Roberto Ferrari, Paolo Boldini, Nadia Regonaschi, Daniele Petrogalli, Patrizia Bevilacqua, Everton Nascimento De Souza, Adriana Boldi, Ada Pluda, Annamaria Marzi

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 Pontevecchia, 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.

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

