

Parliamone

Anno 28 - N. 1 - Luglio 2019

Trimestrale di informazione settoriale - Autorizzazione Tribunale di Sondrio n° 218 del 19-2-1991 - Direttore Responsabile Ercole Andrea Piani
Redazione: Via Aldo Moro, 38 - Sondrio - tel. 0342-218427 - fax 0342-517182 - E-mail: segreteria@opisondrio.it - Stampa Lito Polaris (So)

INFERMIERI E "QUOTA 100": Il grande esodo

di Giuseppe Franzini*

L'applicazione della cosiddetta "quota 100" offre la possibilità anche ai lavoratori, pubblici, che abbiano 62 anni di età e almeno 38 anni di contribuzione di andare in pensione, tra questi **Infermieri** e altri **Professionisti Sanitari**.

L'effetto dell'applicazione della quota 100 nel comparto sanità inquieta non poco in quanto il superamento dei vincoli della legge Fornero, consente a tutti quelli prossimi alla quiescenza nei prossimi dieci anni, di anticipare il pensionamento. Quota 100 rischia di mettere in ginocchio il servizio sanitario nazionale con ripercussioni gravissime sull'assistenza dei cittadini italiani. Sono 41mila le unità del personale sanitario attualmente in servizio pronte ad aderire. Di questi, 22,3mila Infermieri, 4,5mila medici, 9mila tecnici e tecnici di laboratorio, 2mila operatori nel settore della riabilitazione, 1,2mila dirigenti sanitari, 1,3mila nel settore della vigilanza e delle pulizie.

Il dato, calcolato in base agli anni di anzianità lavorativa e all'età anagrafica degli infermieri dipendenti del SSN, elaborato dal Centro studi della Federazione degli Ordini delle professioni infermieristiche (FNOPI), non lascia dubbi, ci potremmo trovare all'improvviso con il 30 per cento in meno degli Infermieri e con il 25 per cento in meno dei Medici, sul totale di coloro che hanno raggiunto

i limiti stabiliti per aderire a quota 100. Un colpo durissimo che metterebbe in serio pericolo il diritto alla salute e il mantenimento dei livelli essenziali di assistenza in tutte le Regioni d'Italia".

La Lombardia è senz'altro quella in cui si potrebbero rilevare il maggior numero di "perdite", con circa 3.120 possibili uscite a fronte di un totale potenziale di

coloro che hanno raggiunto quota 100 a fine 2018, di 10.412 professionisti sanitari. Il dato sconcertante è che il divario tra le possibili future uscite ed i nuovi ingressi è senz'altro preoccupante; basti pensare che allo stato attuale i posti assegnati ai futuri infermieri tramite con-

corsi pubblici sono sempre meno.

Se non si adotteranno immediate e profonde contromisure a crollare sempre di più saranno i Livelli essenziali di assistenza già in forte difficoltà e si rafforzeranno le disuguaglianze. Aumenteranno le liste di attesa e le difficoltà di accesso alle cure da parte della popolazione soprattutto delle Regioni in Piano di rientro, aumenterà la conseguente necessità di ricorrere al privato magari utilizzando le risorse derivanti dal reddito di cittadinanza, per chi lo prenderà. In definitiva, il mancato superamento del tetto di spesa per il personale sanitario e il blocco del turnover, rischia di essere la formula perfetta per "mandare in pensione" anche il Servizio sanitario pubblico.

* Presidente OPI Sondrio



CARENZA ATTUALE		
Infermieri necessari sul territorio (I/500)	Infermieri necessari per orario di lavoro Ue	Totale fabbisogno infermieri (carenza attuale)
5.231	2.863	8.094

EFFETTO QUOTA 100		
Quanti raggiungono Quota 100 a fine 2018	Quanti potrebbero usufruire di Quota 100 a fine 2018	% su possibili uscite nella Regione
10.412	3.124	51.15

Totale carenze ordinarie + straordinarie (Quota 100)	Pensionamenti ordinari a fine 2018	Carenza (ordinaria + straordinaria) e pensionamenti ordinari
11.218	811	12.029

Fonte Centro Studi FNOPI (elaborazione dati conto annuale e Albo)

MA DOVE STIAMO ANDANDO?

di Ercole Piani*



Da molto tempo il nostro Ordine sta portando in evidenza il pericolo del collasso del sistema sanitario e quindi l'urgenza del porre, seppur in ritardo, sistemi correttivi che possano perlomeno arginare il fenomeno.

Vorrei partire da due autorevoli documenti per meglio affrontare l'argomento e cercare di riproporre alcune soluzioni che, alla luce del sopracitato rischio, possono richiamare migliore attenzione e consapevolezza.

Giuseppe Franzini, il Presidente dell'OPI di Sondrio, nel suo editoriale, presenta il rischio dell'abbandono di numerosi Operatori del Sistema Sanitario Nazionale, tra questi il rilevante numero di Infermieri nella nostra Regione, alla luce delle nuove opportunità pensionistiche per effetto dell'applicazione della cosiddetta "quota 100". "L'effetto dell'applicazione della quota 100 nel comparto sanità inquieta non poco in quanto il superamento dei vincoli della legge Fornero, consente a tutti quelli prossimi alla quiescenza nei prossimi dieci anni, di anticipare il pensionamento".

Altro documento che può aiutarci ad affrontare l'argomento è il discorso del Governatore della Banca d'Italia del 31-05-19 "senza Europa l'Italia più povera".

Nell'invitarvi a leggere integralmente i documenti proposti mi soffermo ora su parte del messaggio del Governatore dove viene affrontato il fenomeno "migranti": Il governatore guarda al fenomeno delle migrazioni da un punto di vista tutto economico: "Da qui al 2030, senza il contributo dell'immigrazione, la popolazione di età compresa tra i 20 e i 64 anni diminuirebbe di 3 milioni e mezzo, e calerebbe di ulteriori 7 nei successivi quindici anni". "Oggi, per ogni 100 persone in questa classe di età ce ne sono 38 con almeno 65 anni; tra venticinque anni ce ne sarebbero 76. Queste prospettive sono rese più preoccupanti dall'incapacità del Paese di

attrarre forze di lavoro qualificate dall'estero e dal rischio concreto di continuare anzi a perdere le nostre risorse più qualificate e dinamiche".

Con queste premesse, tralasciando le responsabilità che rimando a chi ha il dovere di trovare soluzioni, meno ridondanti ma più lungimiranti in quanto eletti dai Cittadini, mi soffermerò su considerazioni attinenti al mondo sanità.

Le aspettative della vita della popolazione stanno aumentando con esse sta aumentando anche la necessità di trovare garanzie assistenziali che nella terza e quarta età, vista la impossibilità delle famiglie di farne carico, saranno sempre più pressanti ed economicamente difficilmente sostenibili. Il sistema sanitario regionale, già in sofferenza, deve trovare nuove strategie organizzative per evitare il collasso; un esempio per rendere ancor più chiaro il problema sono i dati della formazione universitaria di infermieri; nel 2019 si laureano presso la sezione di Faedo dell'Università di Mi-

CONTINUA A PAGINA 2 ►

Parliamone ON LINE

Ricordiamo che **PARLIAMONE** non viene più inviato tramite posta al domicilio. Alcune copie cartacee saranno distribuite presso le varie unità operative ospedaliere e territoriali.

Ai Colleghi in possesso di posta certificata **Parliamone** sarà inviato in allegato e chi, non avendo ancora provveduto ad attivare una casella di posta certificata, (obbligo per i pubblici dipendenti e fornita gratuitamente dall'OPI) potrà scaricare l'allegato dal sito del nostro Ordine provinciale.

► CONTINUA DALLA PRIMA PAGINA **MA DOVE STIAMO ANDANDO?**

lano Bicocca 21 infermieri tra questi i nuovi Colleghi residenti in Provincia di Sondrio sono 6 lascio a Voi intuire se copriranno le assenze dei Colleghi che lasceranno il servizio per quiescenza nello stesso periodo. Un nuovo dato per riflettere erano 2027 gli infermieri iscritti all'albo al 31-12-1997 oggi siamo 1882; molto probabilmente scenderemo in modo significativo nei prossimi anni.

L'emergenza assistenziale, come rilevato da Franzini, coinvolge anche altre figure professionali tra queste soprattutto i Medici e tra gli stessi, in modo rilevante, i Medici di medicina generale meglio conosciuti come medici di famiglia.

Intercettare quindi i problemi sanitari molto spesso legati alle patologie degli anziani che spesso presentano multiproblematiche assistenziali vorrà dire rivedere tutto il sistema sanitario nazionale; noi infermieri suggeriamo da tempo almeno quattro strategie quali:

• **Recuperare gli infermieri oggi impegnati in attività amministrative** gli stessi possono essere sostituiti con altri ope-

ratori più adatti a queste funzioni; avere personale amministrativo nei vari servizi potrà permettere ai colleghi di poter erogare migliori prestazioni assistenziali.

• **Assistenza ospedaliera per intensità di cura:** gli attuali reparti di degenza potranno essere organizzati non esclusivamente per patologia ma per richieste assistenziali infermieristiche; anche in regione Lombardia alcune realtà sperimentali stanno evidenziando buoni risultati. Così in ospedale l'assistenza avverrà in base a diversi livelli di complessità assistenziale ed intensità delle cure: un livello di intensità alta che comprende le degenze intensive e sub-intensive; un livello di intensità media che comprende le degenze per aree funzionali (area medica, chirurgica, materno infantile) e un livello di intensità bassa dedicata a pazienti post acuti. Il medico, a cui è affidata la responsabilità clinica del paziente, concorre alla cura secondo le proprie competenze e l'infermiere, a cui è affidata la gestione assistenziale per tutto

il tempo del ricovero, valorizza appieno la propria capacità professionale. Le figure chiave che la erogheranno saranno quella del tutor medico e del team infermieristico dedicato.

• **Infermiere di famiglia e di comunità** è la nuova figura professionale che fa il suo ingresso nella sanità Lombarda. Un infermiere sempre più presente sul territorio che segue il paziente al suo domicilio, in famiglia, nella sua vita quotidiana, in stretta collaborazione con tutti gli altri professionisti impegnati nel percorso assistenziale. Con l'obiettivo di intercettare e addirittura prevenire i suoi bisogni di salute, evitando ricoveri inutili e favorendo la deospedalizzazione, andrà così presidiata l'efficacia dei piani terapeutico-assistenziali, sarà supportata la famiglia e in sostanza potrà migliorare la qualità di vita della persona nel suo contesto di vita. Il modello operativo è fondato sulla figura della generalist nurse anglosassone e si comporta esattamente come la versione infermieristica del medico di famiglia. Con

piacere troviamo molta sensibilità nella nuova Direzione della ASST nei confronti di questa nuova figura; poniamo in evidenza il master internazionale in infermieristica di famiglia e di comunità che si terrà a Chiavenna e vede con l'Università di Milano Bicocca il Direttore Socio Sanitario della nostra ASST nel Comitato Scientifico.

• **Ospedale di comunità e reparti di cure intermedie** due realtà assistenziali a gestione infermieristica dove i medici svolgono consulenza professionale liberi dalla gestione organizzativa. Nella nostra provincia la sperimentazione dei reparti di cure intermedie ha riscontrato grande successo; personalmente ho avuto la soddisfazione di gestire questa realtà che ancor oggi è organizzata da una Collega infermiera. Ci si augura che anche il progetto Ospedale di Comunità possa trovare in Provincia la sua realizzazione visti anche i prevedibili risparmi della sua gestione, risparmi che sempre più saranno necessari viste le oggettive difficoltà economiche che ci attendo-

no. La presa in carico del paziente fragile e la continuità assistenziale sono obiettivi che possono essere realizzati solo con un'organizzazione multidisciplinare e multi professionale, senza corporativismi e il mondo infermieristico ha dimostrato di avere la maggiore capacità di aprirsi all'idea di prendersi cura della persona.

Sarà inoltre necessario, come cittadini ancor prima che professionisti della salute, presidiare tutti gli aspetti della vita sociale che, oltre alla consapevolezza, devono vederci impegnati quali elettori a sollecitare il mondo politico nel promuovere strategie idonee rispetto al sostegno delle famiglie, alla previdenza sociale (il nostro sistema pensionistico rischierà il collasso nei prossimi anni se saranno pochi a sostenere tanti anziani) e soprattutto al fenomeno migranti non alzando muri ma sostenendo vera inclusione che restituisce nuova dignità e opportunità a tutto il genere umano.

* Infermiere - Professore a.c. università di Milano Bicocca.

Verbale riunione dell'assemblea ordinaria Ordine delle professioni infermieristiche della Provincia di Sondrio SECONDA CONVOCAZIONE DEL 23 febbraio 2019 (Prot. 2019/31/II.01-tb del 9 aprile 2019)

Oggi, 23 febbraio 2019 alle ore 16.00, a seguito di convocazione scritta fatta nei termini di legge, si è riunito presso la sala "Bettini" del Corso di Laurea in Infermieristica di Faedo Valtellino (SO), l'assemblea ordinaria per discutere i seguenti punti all'o.d.g.:

ORDINE DEL GIORNO:

1. Relazione del Presidente;
2. Presentazione a cura del Tesoriere e approvazione conto consuntivo anno 2018;
3. Presentazione a cura del Tesoriere e approvazione bilancio preventivo 2019;
4. Programma di attività per l'anno 2019;
5. Varie ed eventuali.

Presiede la riunione il Presidente Giuseppe FRANZINI.
Verbalizza il Segretario Marisa AMBROSINI.

Il giorno 23 febbraio 2019 si svolge l'assemblea ordinaria degli iscritti dell'Ordine delle Professioni Infermieristiche della provincia di Sondrio presso l'aula "Bettini" di Faedo in Valtellina (SO) – presenti numero settantanove Infermieri più tre deleghe.

Anche quest'anno OPI Sondrio, contestualmente all'incontro per l'assemblea ordinaria degli iscritti ha organizzato il corso di aggiornamento residenziale "Dare evidenza dell'agire infermieristico nel processo di presa in cura della persona" tenuto dai seguenti relatori: Bruno Cometti, Infermiere Coordinatore Medicina Generale/Oncologia Sondalo; Antonietta Quetti Tutor di Corso di Laurea in Infermieristica Faedo Valtellino; Carmela Ongaro, Direttore del Corso di Laurea per Infermieri Faedo Valtellino; Catia Paganoni, Infermiera PO qualità ASST Valtellina e Alto Lario.
Alle ore 14.15 il Presidente Giuseppe FRANZINI, accertata la presenza del numero legale degli iscritti, apre l'incontro, saluta e ringrazia i presenti per la numerosa partecipazione. Presenta agli iscritti i relatori del corso formativo e dà la parola alla Dott.ssa Ongaro per l'apertura dello stesso.

Alle ore 16, come da programma è prevista l'assemblea ordinaria degli iscritti, pertanto il

Presidente Giuseppe FRANZINI dà inizio alla relazione preordinata.

Informa i presenti sulle attività che hanno impegnato i membri del consiglio direttivo rispetto l'anno 2018.

Rende noto l'impegno e l'investimento per la formazione agli iscritti e il riscontro positivo raggiunto.

Informa sull'attività svolta all'OPI per la certificazione come Pubblica Amministrazione riguardo al trattamento dei dati sensibili e l'impegno dei membri del consiglio nel condurre tale compito evitando un oneroso supporto esterno.

L'adempimento sulla normativa sulla trasparenza/anticorruzione con l'obbligo di pubblicazione dei dati, la redazione del piano triennale e la gestione del rischio anticorruzione hanno impegnato anche il personale dipendente con corsi di formazione.

Durante l'anno trascorso abbiamo aderito presso il Tribunale di Sondrio all'apertura di un Albo specifico per Infermieri forensi.

Abbiamo presenziato in audizione agli incontri con ATS della Montagna sul progetto di riqualificazione della rete ospedaliera.

La partecipazione ai gruppi di lavoro ai progetti "SDA Bocconi" ha richiesto un notevole impegno di risorse umane ed economiche.

OPI Sondrio ha attivato il progetto comunicazioni agli iscritti "social network" con più di ottomila visualizzazioni.

E' stato rivisto e quindi riprogettato il sito web OPI Sondrio con l'area modulistica per gli iscritti.

La rivista "Parliamone" anche se ridimensionata mantiene due uscite annuali, rilasciati comunicati stampa su specifiche tematiche, concessi diversi patrocinii per attività sociali, il 12 maggio giornata Internazionale dell'Infermiere OPI Sondrio era nelle principali piazze valtellinesi rappresentato dai membri del direttivo che hanno presenziato a contatto con i cittadini valorizzando la professione infermieristica.

Altri incontri a cadenza mensile per partecipare all'attività del coordinamento regionale lombardo, impegno rivolto al tema dell'Infermiere di famiglia sul territorio e dal tema dei reparti



a gestione infermieristica.

La Federazione Nazionale (FNOPI) ha intrapreso diverse attività con gruppi di lavoro e percorsi formativi ai singoli OPI provinciali; argomenti attuali, il nuovo Codice Deontologico anno 2019, ospedali di comunità, cure palliative fine vitae tavolo di lavoro ministeriale. Il Presidente Giuseppe FRANZINI ringrazia i presenti dell'attenzione e lascia la parola al Tesoriere Laura MOSTACCHI per la presentazione del Conto consuntivo 2018 e bilancio preventivo 2019.

La stessa espone dettagliatamente i vari capitoli dandone chiarimenti alle voci che hanno subito opportune modifiche.

Pertanto invita gli iscritti ad esprimersi mediante voto palese.

I presenti all'assemblea numericamente pari a settantanove persone più tre deleghe depositate deliberano all'unanimità con voto palese il conto consuntivo 2018 e il bilancio di previsione anno 2019 con numero ottantadue voti favorevoli, zero voti astenuti e zero astenuti.

La parola torna al Presidente FRANZINI che elenca agli iscritti i corsi formativi in programma per il 2019.

Gli stessi sono pubblicati sul sito internet alla voce "formazione"; il Presidente spiega agli iscritti i sistema per la registrazione degli stessi attraverso la compilazione di un form online. Rinnova agli iscritti l'importanza di possedere la PEC ed invita chi ancora ne è sprovvisto

a richiederne l'attivazione gratuita presso la segreteria dell'OPI.

Informa gli iscritti che per il pagamento della quota associativa dovuta all'Ordine per l'anno 2019 che è attivo il sistema di pagamento elettronico.

FRANZINI informa i presenti sulla necessità di porre un aumento alla quota associativa OPI a partire dal 2020 che dagli attuali € settanta passerebbe ad € ottanta.

Spiega le motivazioni al suddetto aumento legate sia all'aumento della quota da versare per ogni iscritto alla FNOPI (dagli attuali € sette ad € dieci) sia alle spese previste dal prossimo anno legate all'obbligo regolamentare OPI di provvedere a consulenza esterna in capo alla Presidenza dei Revisori dei Conti OPI.

Pertanto invita i presenti ad esprimersi in merito ed apre le votazioni mediante voto palese che così si concludono: ottantadue voti favorevoli, un voto contrario, zero voti astenuti.

Pertanto si delibera l'aumento della quota associativa a partire dall'anno 2020 portando la quota ad € ottanta ad iscritto.

Sondrio, 23 aprile 2019

Il Segretario
Inf. Ped. Marisa AMBROSINI

Il Presidente
Inf. Giuseppe FRANZINI

Il paziente cronico: futuro infermieristico?

di Ilenia Vanoli* - Michela Zappa**

L'approccio sanitario al paziente cronico sta vivendo un momento di profonda trasformazione e di grandi riflessioni; da una parte il nuovo percorso della presa in carico di questa tipologia di utente, dove le adesioni dei medici lombardi alla riforma sono state solo intorno al 40% (2156 MMG su 6300 circa in attività), dall'altra l'aumento delle aspettative di vita e il conseguente insorgere di patologie croniche con relative problematiche che ne conseguono, su cui è inevitabile fare delle riflessioni.

Si stima che i pazienti affetti da una o più patologie croniche rappresentino oltre il 30% della popolazione (più di tre milioni di persone in Regione Lombardia) e che a tali patologie siano destinate almeno il 70% delle risorse sanitarie pubbliche. Questi dati fanno inevitabilmente emergere una problematica di assoluto interesse e competenza infermieristica.

La Cooperativa Sociale San Michele da sempre ha mostrato notevole sensibilità nei confronti delle persone fragili. Da ormai quasi 7 anni, l'allora progetto di *post acuzie* confluito poi nella sperimentazione regionale Lombarda di *cure intermedie*, ha potuto accogliere e tutt'ora accoglie, numerose persone che, nella fase successiva all'evento acuto con o senza ricovero ospedaliero, hanno trovato una soluzione riabilitativa e di recupero per il successivo rientro al proprio domicilio, almeno nella maggior parte dei casi. Riportiamo l'esperienza di *Cure intermedie "Le Altre Cure"* di Sondalo, servizio gestito da San Michele Società cooperativa sociale, che da subito nel 2012 ha fortemente creduto in questo progetto e lo sostiene ad oggi nonostante il gravoso impegno economico relativo alle risorse umane necessarie alla funzionalità del servizio, indipendentemente dalla saturazione e dal numero dei posti letto riconosciuti, ad oggi fermo a 10. Le domande di ingresso in queste tipologie di servizi offerti dal territorio sono sempre state inadeguate alla risposta erogabile in termini di posti letto. Grande rimane comunque il riconoscimento da parte del territorio nei confronti di strutture come quella di Sondalo e nel loro costante impegno prestato. La completa gestione del servizio di Cure Intermedie di Sondalo, a partire dal coordinamento, è infermieristica. Il Centro di Cure Intermedie "Le Altre Cure" collabora attivamente con l'Università degli Studi di Milano-Bicocca-Corso di laurea in infermieristica e pone il ruolo dell'infermiere al centro dell'assistenza e dell'organizzazione, riconoscendo le competenze e l'autonomia dell'agire in modo consapevole e responsabile. Il percorso di cura dell'utente non si esaurisce nel periodo di ricovero ma, soprattutto durante questo, il care manager si occupa di coinvolgere tutti i nodi della rete per assicurare una dimissione ed una presa in carico sicuri e rispondenti alle esigenze

sanitarie e sociali dell'utente. Da qui si capisce quanto sia necessario ed improrogabile la formazione dell'infermiere di famiglia che, in collaborazione con il M.M.G. si occupa della presa in carico dei cittadini cronici ed in uno stato di fragilità. Nel corso degli anni i dati raccolti sono stati di fondamentale importanza per inquadrare lo scenario attuale e, presumibilmente anche futuro riguardo al paziente anziano cronico. Le patologie più frequentemente riscontrate sono quelle a carico dell'apparato respiratorio (90% BPCO) per le quali la terapia impostata è quella inalatoria ma che non sempre il paziente è in grado di assumere correttamente e su cui ad oggi, a domicilio, non esistono una reale *educazione sanitaria*, *supervisione*, nonché *monitoraggio* della cosa. Parole come quelle sopra citate, da sempre fanno parte della storia dell'assistenza infermieristica. Altra importante percentuale riguarda la popolazione affetta da ipertensione arteriosa, oppure i molti casi di osteoporosi, condizionanti la qualità di vita per l'alto rischio di cadute accidentali con il conseguente ricovero ospedaliero per frattura. La sindrome ansiosa depressiva rappresenta una grade fetta delle cronicità e non può far altro che aumentare il disagio della persona fragile, se non adeguatamente identificata e trattata. A tutto ciò si aggiungano la solitudine di molte persone, spesso con una rete famigliare che non può occuparsi di loro se non marginalmente; persone con soluzioni abitative non idonee alla loro situazione psicofisica, persone *fragili* che, seppur seguite dai servizi sociali del territorio, avrebbero bisogno di una *presa in carico* qualitativamente completa. Parliamo anche del problema dell'isolamento geografico e della scarsità di posti nelle strutture deputate all'accoglimento di questa tipologia di utenti, con conseguenti liste d'attesa chilometriche. Quale futuro possiamo dunque ipotizzare per dare risposte concrete al territorio? L'infermiere è la figura cardine per garantire una risposta ai bisogni di queste persone. Si dice da tempo che l'infermiere troverà sviluppo professionale futuro sia nel management che nella clinica, grazie alle competenze specialistiche già attive in molte Regioni. Istituti di ricerca come Sda Bocconi e Cerismas dell'Università Cattolica hanno ribadito la necessità di porre la professione infermieristica in una posizione di coordinamento-gestionale dell'assistenza, L'infermiere di domani è una figura che fa da cabina di regia al percorso personalizzato e nella costruzione della continuità con gli altri professionisti, tra cui il medico di medicina generale, quale referente clinico e gli altri specialisti. L'infermiere di famiglia si occupa dei bisogni dei cittadini e non della diagnostica o della prescrizione della terapia, di competenza del medico di medicina generale, ma dell'*assistenza*, di quei bisogni per cui il paziente è di fatto



solo ma che ruotano attorno ad esso. Ma come fare per avvicinare quella fetta di cittadini soli che, nonostante abbia *bisogni* evidentemente degni di essere presi in carico, non si rivolge né a conoscenti, né al proprio medico di medicina generale? La

differenza può e deve farla l'infermiere, perché preparato ed in grado di rispondere a tutte le necessità della persona. E' doveroso pensare anche ad una figura di infermiere consulente a domicilio o presso studi infermieristici associati. Da

sempre l'infermiere rappresenta per il cittadino quella persona alla quale ci si può rivolgere in modo meno "formale" in quanto incute meno soggezione rispetto al medico, nonché visto come il punto di incontro tra cittadino e medicina, tra il bisogno e l'aiuto effettivo.

In conclusione, il nostro territorio ha l'estrema necessità di investire sulla professione infermieristica, valorizzandone potenzialità, abilità e ruolo, al fine di creare un valido riferimento per tutti i cittadini che si trovano in situazioni di fragilità o, più semplicemente di necessità o di disagio, andando a creare e completare una linea di continuità tra *il medico, la malattia, la cura*.

* coordinatrice infermieristica RSD Cooperativa San Michele Tirano

** coordinatrice di Servizio Cure Intermedie "Le Altre Cure" Cooperativa San Michele San Michele



DIPARTIMENTO DI MEDICINA E CHIRURGIA
SCHOOL OF MEDICINE AND SURGERY

Master Internazionale in Infermieristica di Famiglia e di Comunità

International Master Degree in Family and Community Nursing

Progetto di cooperazione transfrontaliera "Sanità a Confronto" nella fascia di confine della Provincia di Sondrio e del Canton Grigioni - Programma Interreg V-A-Italia Svizzera.

L'infermiere di Famiglia e di Comunità

È il professionista sanitario in grado di identificare i bisogni di salute della collettività e gestire i processi orientati alla presa in cura delle persone, della famiglia e della comunità nelle diverse fasi della vita, dall'infanzia all'età adulta e alla vecchiaia, con particolare riferimento alla cronicità e alla fragilità.

Obiettivi del Master

Sviluppare competenze specialistiche nell'ambito dell'assistenza territoriale in risposta ai bisogni di salute delle persone, della famiglia e della comunità nelle varie fasi della vita, con particolare riferimento alla promozione della salute, alla prevenzione delle malattie, alla presa in cura nell'ambito della cronicità e della fragilità e nella domiciliarizzazione delle cure nel rispetto della dignità delle persone.

Sbocchi professionali

Gli sbocchi professionali riguardano l'assistenza infermieristica in ambiti che garantiscano la continuità assistenziale e l'integrazione fra i diversi erogatori di servizi sanitari (ospedale, territorio, MMG, farmacie).

A chi si rivolge il Master

Ai professionisti sanitari in possesso di Laurea Triennale o altri titoli equipollenti nella classe delle Lauree in Professioni Sanitarie Infermieristiche. Come indicato nella Proposta Formativa i posti disponibili sono 20 riservati a candidati con profilo di Infermiere della classe SNT-1 che svolgano preferenzialmente l'attività professionale presso la ASST della Valtellina e Alto Lario e/o nel contesto della continuità assistenziale ospedale-territorio nell'ambito della Comunità Montana della Val Chiavenna, Val Bregaglia italiana e svizzera (Centro Sanitario Bregaglia) e/o nel territorio afferente alla Provincia di Sondrio e della Valle Camonica.

Come iscriversi

È possibile scaricare il bando ed effettuare la domanda di iscrizione da: <https://www.unimib.it/didattica/master-universitari>. Il corso, della durata di 12 mesi, avrà inizio nel mese di **Novembre 2019** con una frequenza di 3 giorni/settimana (giovedì, venerdì e sabato) a settimane alterne. Oltre a 376 ore di lezione in presenza di docenti presso la sede della Comunità Montana della Val Chiavenna (Via C. Lena Perenti, 8/10 - Chiavenna), è previsto uno stage di 300 ore all'interno di rilevanti strutture socio-sanitarie. **Il master è gratuito e finanziato all'interno del progetto di cooperazione transfrontaliera "Sanità a Confronto" nella fascia di confine della Provincia di Sondrio e del Canton Grigioni - Programma Interreg V-A-Italia Svizzera.**

IL GIORNO 5 LUGLIO DALLE ORE 15:00 PRESSO LA SALA ASSEMBLEARE DELLA COMUNITÀ MONTANA DI CHIAVENNA CI SARÀ UN INCONTRO INFORMATIVO APERTO A TUTTI GLI INTERESSATI.

Direttore
Prof.ssa Stefania Di Mauro

Comitato Scientifico
Dr. Davide Ausili
Prof. Lorenzo Mantovani
Dott. Antonino Zagari
Dott.ssa Lorella Ceconami
Dott.ssa Carmela Ongaro

Bando e iscrizioni su:
<https://www.unimib.it/didattica/master-universitari>

Informazioni
masterfamiglia@unimib.it



IRENA SENDLER: il ritratto di un'infermiera "speciale"

di Patrizia Almasi *

Sono venuta a conoscenza della straordinaria storia di Irena grazie ad una testimonianza video che mi è stato inoltrata da un mio caro amico, Alberto, in occasione della "giornata della memoria".

Irena Sendler Krzyzanowska nata a Varsavia nel 1910 allo scoppio della Seconda guerra mondiale era impegnata come infermiera ed assistente sociale presso il dipartimento Sanitario del comune di Varsavia. La sua è una storia di grande umanità.

Irena riuscì a salvare 2500 bambini ebrei dal ghetto di Varsavia.

"Ogni bambino salvato con il mio aiuto è la giustificazione per la mia esistenza su questa terra, e non un titolo di gloria".

La storia di Irena è rimasta a lungo ignorata fino al 1999, quando un insegnante americano Norman Conard colpito dalla sua storia decise insieme a tre studentesse di una scuola del Kansas, di portarla alla luce con una opera teatrale dal titolo "La vita in un barattolo" e diffonderne la conoscenza attraverso una ricerca iniziata nel 1994 denominata The Other Shindler (Gli altri Shindler). Prima di questa testimonianza vi fu il riconoscimento di Giusta delle Nazioni conferitole da Yad Vashem il 15 ottobre 1965, il primo albero piantato in suo onore nel 1983 all'entrata del Viale dei Giusti ed infine nel 1991 il conferimento della cittadinanza onoraria israeliana.

Questa è la sua storia

Cresciuta in un ambiente cattolico ma di tradizione socialista, fin dall'infanzia ebbe un rapporto di profonda empatia nella comunità ebraica. Il suo modello di riferimento fu il padre Stanislaw, medico, che dopo aver curato pazienti ebrei colpiti da un'epidemia di tifo nel 1917 e respinti dai suoi colleghi, rimase vittima a sua volta del morbo.

Entrata nell'associazione della Gioventù polacca democratica e nel partito socialista polacco, durante l'università si batte contro l'emarginazione degli studenti ebrei, e per questo venne sospesa per tre anni.

Nel 1939 la Germania prese Varsavia. Quando nel novembre del 1940 i nazisti rinchiusero gli ebrei nel ghetto, Irena ottenne da municipio di Varsavia il permesso di entrarvi per un'indagine epidemiologica sulle malattie infettive che si stavano diffondendo velocemente, a causa del sovraffollamento; più di 400 mila persone in un'area molto ristretta con precarie condizioni igieniche e mancanza di cibo e medicine. I ghetti sorsero nei distretti di Cracovia, Varsavia, Radom, Lublino e Leopoli. Nel ghetto Irena prese contatto con le organizzazioni sanitarie ebraiche e quelle clandestine che si stavano formando, a cui diede un importante aiuto grazie alla libertà di movimento di cui godeva. Ha reclutato persone da ciascuno dei dieci centri di Dipartimento di previdenza sociale. Indossava una



fascia" a stella" come segno della sua solidarietà agli ebrei affinché le affidassero i figli. Nel 1942 con il nome di Jolanta entrò nella resistenza polacca con l'organizzazione segreta "Consiglio per l'aiuto agli ebrei" (Zegota) dove non mancavano contrasti tra le varie componenti, alcune fortemente antiebraiche. Entrò nel gruppo che prese a cuore il destino degli ebrei dove ricevette l'incarico affinché si occupasse dei bambini del ghetto da dove erano già state deportate 280 mila persone a Treblinka.

Insieme a Benzec e Sobibor, Treblinka costituiva i campi denominati "campi della morte", centri di sterminio dove venivano deportati gli ebrei provenienti dai grandi ghetti urbani. Questi campi erano dotati di camere a gas fisse ed i cadaveri sepolti in fosse comuni.

La salvatrice di bambini

Irena in vista della decisione dei nazisti di liquidare il ghetto si impegnò per poter portare fuori dal ghetto quanti più bambini poteva; lo fece adottando soluzioni ingegnose come quella di farsi passare per un tecnico di condutture idrauliche e fognarie, entrando nell'area con un furgone, dove nascose i neonati nelle cassette degli attrezzi e quelli più grandi in sacchi di juta. Per evitare che i tedeschi potessero accorgersi sentendo il pianto dei bambini portava con sé un cane che abbaiva all'avvicinarsi dei militari. Spesso i piccoli venivano addormentati con sonniferi e rinchiusi anche nelle casse facendo credere agli uomini della Gestapo che si trattava di morti di tifo. Le fonti parlano di 2500 bambini salvati, che venivano accolti in centri di assistenza e da qui assegnati a famiglie, orfanotrofi e conventi sotto falso nome. Ma Irena ebbe l'accortezza di annotare i veri nomi dei bambini accanto a quelli delle famiglie adottive conservando tali elenchi in contenitori di vetro come bottiglie che seppellì nel suo giardino, nella speranza di poterli un giorno ricongiungere ai veri genitori. Alla fine della guerra, l'elenco venne consegnato a Adolf Berman presidente del comitato ebraico di aiuto sociale. Vennero rintracciati 2000 bambini i cui genitori erano stati sterminati nei lager. Nell'ottobre 1943 fu arrestata dalla Gestapo e sottoposta a brutali torture per farla confessare, torture che le procurarono danni permanenti alle gambe. Condannata a morte, fu reclusa nel carcere di Pawiak dove uscì grazie alla somma di denaro con cui i membri di Zegota riuscirono a corrompere un ufficiale nazista prima della fucilazione.

I bambini che aveva salvato la conoscevano con il nome di Jolanta

Molti anni dopo essere stata onorata per la sua opera in tempo di guerra, la sua foto apparve su un quotidiano ed un uomo, un pittore, le fece una telefonata. Mi ricordo la tua faccia" disse a Sendler "sei stata tu a portarmi fuori dal ghetto". Ebbe molte telefonate simili Irena, che non pensava a se stessa come ad un eroe. Non reclamò alcun credito per le sue azioni: "Avrei voluto fare di più" disse. Questo rimpianto mi seguirà fino alla morte". Il 12 maggio 2008 all'età di 98 anni la scomparsa di Irena... Una data cara a noi infermieri ed ancora di più se a ricordare la "nostra giornata" è una donna straordinaria nella sua semplicità, ma immensa per la sua opera donata all'umanità. Una storia quella di Irena in grado ancora oggi di suscitare commozione, gratitudine, ammirazione e stupore. Un raro esempio in cui la responsabilità dell'infermiere, responsabilità che consiste nell'assistere, curare, prendersi cura della persona, nel rispetto della vita, della salute e della libertà e dignità dell'individuo (art. 3 Codice Deontologico dell'Infermiere) ci appare in tutto il suo profondo significato. Grazie Irena.

Bibliografia

- "Ritratti. Irena Sendler - Una storia dimenticata" - Cecilia Cohen Hems Nizza - Ed. Pearson.
- "Il cuore coraggioso di Irena" - Daniela Palumbo - Ed. Mondadori Electa.
- "Nome in codice: Jolanta" - Anna Mieszowska - Ed. San Paolo.
- "La terza madre del ghetto di Varsavia" - Roberto Giordano - Ed. La Mongolfiera.

* Infermiera Libera Professionista Consigliera OPI Sondrio





Ordine delle Professioni Infermieristiche di Sondrio

Sondrio, 5 aprile 2019
Prot. 2019/513/III.6-dm
OGGETTO: Comunicazione ad iscritti ENPAPI.

Gentili Iscritti alla gestione ENPAPI,

come avrete appreso dai quotidiani in data 19 febbraio 2019 il presidente dell'ENPAPI Mario Schiavon è stato arrestato, insieme al direttore generale Marco Bernardini, dalla Guardia di Finanza per plurime tangenti corrisposte, pare utilizzando i contributi previdenziali versati dai liberi professionisti, per investimenti rischiosi con società private al fine di ricavarne vantaggi personali (vedi articoli allegati).

In data 15 marzo 2019 l'Onorevole Stefania Mammi ha disposto il Commissariamento dell'ENPAPI ed è stato designato il 21 marzo 2019 come commissario straordinario Eugenio D'Amico a cui la Presidente FNOPI, Barbara Mangiacavalli ha offerto la disponibilità a collaborare nell'ottica di ripristinare la massima trasparenza e chiarezza di gestione tra gli iscritti.

Le elezioni delle nuove cariche per il consiglio ENPAPI che si sarebbero tenute alla fine di marzo sono ovviamente sospese. Attendiamo gli sviluppi del Commissariamento a riguardo.

Vi allego la mail che come Consiglio Direttivo abbiamo creato per i colleghi che svolgono o vorrebbero svolgere la libera professione a cui potete scrivere per chiedere chiarimenti inerenti le attività libero-professionali a cui risponderò personalmente: liberaprofessione@opisondrio.it

Cordiali saluti.



Consigliere OPI Sondrio
Referente per la libera professione
Patrizia Almasi

Si vorrebbe poter lenire tutto il dolore del mondo

di Bruno Robustelli*

Il titolo di queste mie riflessioni sul dolore e la sua storia è preso dai diari di Etty Hillesum, la donna ebrea di Amsterdam, internata a Westerbork, campo di concentramento di transito, da cui poi sarà tradotta ad Auschwitz, dove morirà.

Questo desiderio di lenire tutto il dolore del mondo è anche alla base della scelta della nostra professione di infermieri, e dopo la fase in cui pensiamo sia possibile, dobbiamo fare i conti con il senso del limite, accettando di abitare anche la dimensione dell'insuccesso e della delusione, ma sempre mantenendo un percorso di prossimità verso le persone che ci vengono affidate.

Il dolore accompagna il cammino dell'uomo fin dalla sua comparsa sulla Terra, e da sempre l'uomo cerca rimedi e medicamenti per i suoi dolori.

Vi è una certa condivisione fra gli archeologi nel collocare la comparsa dell'Homo erectus nel Paleolitico inferiore, circa due milioni di anni fa, mentre circa quarantamila anni fa alcuni ignoti nostri progenitori hanno decorato le pareti e i soffitti di alcune grotte in Francia e in Spagna, lasciando traccia di scene di caccia e di vita.

Nella caverna di Lascaux ritroviamo una pittura rupestre dove è rappresentato un enorme bisonte ed una striminzita figura di uomo atterrito dall'animale che lo sovrasta; in questa scena traspare tutto il dolore, la disperazione ed il senso di impotenza dell'uomo.

Il ritrovamento della mummia del Similaun ci fornisce notizie anche sulle terapie del dolore in epoca preistorica.

I tatuaggi che ricoprono in particolare le articolazioni e le vertebre, sono stati eseguiti inserendo della cenere sotto la pelle attraverso l'utilizzo di aghi di osso ed avevano una probabile valenza terapeutica, visto che il luogo in cui viveva richiedeva di essere pesantemente ricoperti di pelli e quindi possiamo pensare di escludere la valenza estetica.

La stessa modalità di esecuzione dei tatuaggi terapeutici la ritroviamo nelle mummie rinvenute nella regione dell'Altaj in Siberia, a svariate migliaia di chilometri.

Dalle grotte di Sharmidar, ove si sono ritrovati resti umani datati 30000 a.C., verso l'8000 avanti Cristo sono nati i primi grandi insediamenti, a Catal Huyuk nell'Anatolia centrale nella regione di Konya, e quello di Gerico in Cisgiordania e con essi le prime forme di scrittura cuneiforme.

Il ritrovamento dei resti della cosiddetta "Donna di Sisaia", datata fra il 1800 e il 2200 a.C., avvenuta in una grotta della Sardegna, recante chiare testimonianze di una trapanazione chirurgica del cranio con lunga sopravvivenza del soggetto apre ad una serie di inquietanti domande sul grado di cura raggiunto da civiltà così antiche.

Dalla Mesopotamia, la mitica terra fra i due fiumi, nasce una classe di medici-sacerdoti, convinti che il dolore e la malattia siano causati dal peccato e che vengano inflitti dagli dei attraverso le azioni di sette demoni.

Anche se non vi è memoria di peccato, gli dei possono colpire ugualmente, bisogna quindi intervenire con suppliche adeguate e preghiere, la cui efficacia aumenta se a pronunciarle è un sacerdote istruito sulle varie faccende del mondo degli dei. Ed ecco il rituale divinatorio dell'olio mischiato all'acqua, l'invocazione all'aglio gettato sul fuoco: "Come il fuoco purifico lo dissolve, così venga vinto il tuo male, scompaia il tuo dolore."

Fra i medici-sacerdoti vi erano già tracce delle "specializzazioni": il "Baru" si occupava di "diagnosi", cercando le cause delle malattie, l'"Asu" era il guaritore mentre lo "Shipu" era dedito agli esorcismi. Nascono al tempo dei sumeri anche le prime banche-dati della storia: i responsi dei medici-sacerdoti venivano incisi su tavolette di argilla e conservati per accrescere il sapere delle generazioni future. Il medico-

sacerdote assiro-babilonese aveva a disposizione circa 250 principi vegetali tra cui il papavero e la cannabis, di sicuro effetto analgesico.

Un'altra civiltà che merita uno sguardo alla medicina del tempo è quella egizia, nella quale si apprendeva l'arte medica dallo studio dei 32 libri ermetici del dio Thoth ed altri papiri medici, tra cui merita di essere menzionato il papiro di Ebers, così chiamato dal nome del suo acquirente che ne venne in possesso nel 1873 a Tebe e che ora è conservato nella biblioteca di Lipsia. In esso la magia occupa grande spazio, ma vi sono descritte oltre 700 ricette di uso medico ed una grande quantità di nozioni di anatomia e di fisiologia, alcune giuste, come il fatto che il cuore è al centro della circolazione, altre meno come la scarsa importanza attribuita alla funzione renale.

Dalla Persia invece, ci giungono quelle che possono essere classificate come le basi per la nascita del concetto di responsabilità e colpa medica.

Si stabilisce infatti che è sanzionabile il medico che sia intervenuto in ritardo senza una valida ragione, che il pagamento della prestazione debba avvenire dopo un certo lasso di tempo e che il paziente si rivolga ad un medico persiano prima di poter consultare uno straniero.

Le civiltà l'Indo e del Belucistan, fondendosi, hanno dato origine alla civiltà indiana, il cui sapere venne codificato in una serie di libri, i Veda, fra i quali vi sono i Veda della lunga vita o Ayurveda ed i Samhita, suddivisi in aforismi, patologia, anatomia ed embriologia, terapia. La medicina indiana è sostanzialmente religiosa e magica: le divinità guaritrici sono i due gemelli Ashvini e Nasatya, che curano sia gli uomini che gli dei.

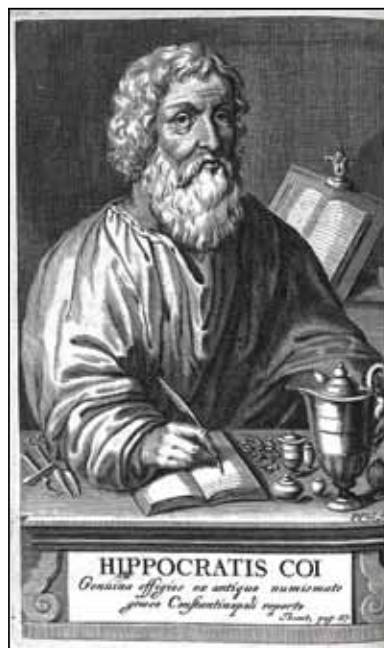
Alla base della medicina vi è il concetto che la salute si basa sull'equilibrio di tre elementi: acqua, fuoco e vento; il loro disequilibrio causa malattia.

Una particolare attenzione merita l'antica Grecia, culla di molte scuole di medicina. La scuola Pitagorica, con la sua teoria della perfetta armonia, equivalente della salute e della malattia, espressione della disarmonia delle parti. Si discute anche sugli elementi terra acqua aria e fuoco, che per le loro caratteristiche formano gli umori del corpo umano: sangue, caldo e umido; bile gialla, calda e secca; bile atra, fredda e secca; flemma che di per sé è freddo e umido.

La teoria umorale condiziona poi pesantemente la medicina medioevale.

E' in questo clima che sorge la grande stella di Ippocrate, che con il suo insegnamento influenzerà la medicina dei secoli successivi. Ippocrate è preceduto dal culto di Asclepio, figura mitologica figlio di Apollo e della ninfa Chirone, al quale verranno dedicati gli Asclepiei, templi in cui ci si prendeva cura degli ammalati e dei sofferenti.

Significativo ed evocativo anche il fatto che la moglie di Asclepio si



chiamasse Epione, letteralmente "colei che allevia il dolore".

Di Ippocrate ci è giunto il suo famoso giuramento e anche molti aforismi, fra cui quello che recita: "De duobus doloribus, simul obortis, veementis occultat alter", cioè fra due dolori comparsi contemporaneamente nel corpo, il più intenso occulta l'altro. Nel mondo romano eccelle la figura imponente di Galeno, anche se lo stesso non era di origini romane, essendo nato a Pergamo, formato presso il locale Asclepieo, poi a Smirne, Corinto ed Alessandria. Sarà l'imperatore Marco Aurelio a chiamarlo a Roma, per nominarlo suo medico personale.

Per quanto riguarda l'aspetto del dolore, Galeno classificò i narcotici in freddi in terzo grado (giusquiamo e mandragora) e in quarto grado (papavero e oppio).

L'oppio è da lui tenuto in grandissima considerazione, tanto da affermare che: "Sine opio, medicina claudicat".

Il suo concetto di dolore è originale e razionale: il dolore non è solo un sintomo del male, ma di per sé malattia. Un'altra fertile patria della medicina è il mondo arabo, dove spiccano figure come Avicenna, Averroè, Razi e Maimonide.

Avicenna, definito principe dei medici, utilizzò numerosi antidolorifici, fra i quali il ginepro, la camomilla, la ruta, la maggiorana, la mandragora e l'oppio.

Nel medioevo a farla da padrone è la medicina monastica, basata sull'uso dei "semplici", erbe e piante coltivate nei conventi.

Successivamente, con la scuola Salernitana e la nascita delle prime università vi è una nuova concezione della medicina.

Alla fine dei 1500, il medico militare Ambroise Parré, proporrà un modo rivoluzionario di trattare le ferite di guerra: non più l'applicazione del ferro rovente o dell'olio bollente, ma una medicazione a base di giallo d'uovo, miele rosato e trementina, ottenendo ottimi risultati. Egli viene anche ricordato per essere il primo a descrivere la sindrome dell'arto fantasma.

Una parte a sé merita la scoperta dell'etere etilico, all'inizio chiamato gas esilarante ed utilizzato nelle fiere di paese e nei circoli.

La prima descrizione della sua preparazione è ad opera del medico tedesco Valerius Cordus e fu pubblicata nel 1552 nella seconda edizione della Farmacopea Germanica.

L'etere fu usato come sedativo fin dai tempi di Paracelso, ma come anestetico fu usato soltanto nel 1842, quando venne eseguito un intervento

di amputazione della gamba di un paziente.

Nel ventesimo secolo nascono le moderne neuroscienze.

Alla fine dell'ottocento Golgi riuscì a rendere visibili le cellule e le fibre nervose.

Charles Sherrington coniò il termine sinapsi e scrisse la sua monografia "Integrative action of the Nervous System", considerata come la più importante pubblicazione nella fisiologia del ventesimo secolo.

In essa scrive che: "il fenomeno del dolore è un evento di soglia nella sua fase di ricezione, un evento di conduzione e di trasmissione sinaptica nella sua fase di trasmissione, mentre nella fase di percezione è un evento di integrazione delle afferenze sensoriali nei meccanismi della coscienza (cervello cognitivo e cervello emotivo)".

Altra figura degna di nota nello studio della fisiologia del dolore è John Eccles, premio Nobel per la medicina nel 1963 per i suoi studi sulle trasmissioni sinaptiche ed i meccanismi di inibizione.

Nel 1965 due scienziati, lo psicologo Ronald Melzack ed il neurofisiologo Patrik Wall pubblicarono su Science una teoria sul dolore che fece clamore, la cosiddetta teoria "del cancello", in cui definirono la presenza di circuiti neuronali locali con la funzione di modulare le informazioni nocicettive, riducendone la potenza.

Nel 1975 Akil e Liebeskind identificarono i neuromodulatori coinvolti nella trasmissione nelle vie discendenti del controllo del dolore.

Era nata la moderna algologia. Fin qui la breve storia della fisiologia e terapia del dolore fisico.

Ma esiste solo il dolore fisico? Nel 1988, al mio secondo anno del corso infermieristico, venne in Italia e si fermò anche da noi un infermiere boliviano, in tour nelle scuole infermieri.

Ci raccontò della realtà boliviana, del fatto che da loro gli infermieri seguivano corsi universitari già dalla fine degli anni sessanta e di un metodo di valutazione della performance individuale stranamente attuale: un terzo dello stipendio era collegato al livello di soddisfazione dell'utente! Ma, cosa ben più importante ci parlò del dolore e delle terapie poste in essere, poi, con una domanda spiazzante ci chiese quale fosse più difficile da controllare fra il dolore fisico, quello psichico e quello spirituale. Ricordo come fosse ieri che la maggior parte della classe rispose si trattasse del dolore fisico, due persone di quello psichico e solo io del dolore

CONTINUA A PAGINA 6 ►

Pianto Antico

*L'albero a cui tendevi
la pargoletta mano,
il verde melograno
da' bei vermigli fior,*

*nel muto orto solingo
rinverdi tutto or ora,
e giugno lo ristora
di luce e di calor.*

*Tu fior de la mia pianta
percossa e inaridita,
tu de l'inutil vita
estremo unico fior,*

*sei ne la terra fredda,
sei ne la terra negra
né il sol più ti rallegra
né ti risveglia amor.*

Giosue Carucci



► CONTINUA DA PAGINA 5

spirituale. Secondo quell'infermiere si trattava proprio di quest'ultimo, per il quale, ad oggi non vi sono molecole valide.

Come non pensare alle conseguenze dovute alla comunicazione di diagnosi infausta o di sieropositività?

Al dolore fisico, presente oppure ancora di là da venire, si accompagna il profondo senso di smarrimento, di inadeguatezza assoluta, di fallimento. Come potrà mai trovare lenimento il dolore di una giovane madre a cui viene comunicato che non avrà a disposizione che pochi mesi di vita, che non potrà chiudere il proprio cerchio di maternità?

In un totale ribaltamento di fronte, pensiamo ai genitori orfani, a coloro che hanno dovuto gestire la perdita di un figlio.

Come non ricordare il profondo, inconsolabile dolore che traspare dalla poesia "Pianto antico" del premio Nobel Giosuè Carducci?

Io ho provato quel dolore, a differenza del poeta, avevo la fede a sostenermi, ma nonostante tutto, quando mi chiamarono in una piovosa notte del 1998, comunicandomi con tutto il tatto possibile che il mio bambino non era più, provai il peggior dolore della mia vita, così profondo da essere per lunghi anni non dicibile. Mi corre qui l'obbligo di ringraziare tutto il personale che lavorava presso il reparto di maternità dell'epoca, dei veri angeli! Per il dolore della perdita non vi sono farmaci capaci di cura, ma solo gocce di vicinanza e prossimità, che suggeriscono lo spuntare di germogli di speranza. Un tempo esisteva il "clan", che si occupava della presa in carico della famiglia colpita dal lutto o dal dolore, si faceva carico delle incombenze che il più debole non era più in grado di assolvere da solo, come magistralmente descritto nella tesi di laurea della psicologa Barbara Silvestri "Vivere e morire in alta valle", che consiglio vivamente di leggere. Dobbiamo attivarci per restituire una dimensione umana al dolore, una sua "abitabilità", riconoscendo che ciò che riusciamo a cogliere, spesso è solo la punta dell'iceberg.

Ogni tanto è bene "andare al balcone", espressione che si usa in comunicazione per indicare la necessità di guardare ad una tematica senza eccessivo coinvolgimento emotivo, in modo da poter cogliere anche le minime sfumature della situazione che sta vivendo la persona che abbiamo vicino. Naturalmente non deve mai venire meno il senso profondo della prossimità, fatta anche di contatto, di piccoli gesti ed attenzioni.

Ma nei confronti del dolore, che possibilità abbiamo?

In ebraico la parola "paradiso", è composta dalle prime due lettere che compongono i quattro modi possibili di "visitare" la Torah, vista come un meraviglioso giardino, e più precisamente: entrare visitarlo ed uscire pazzo; entrare visitarlo e perdere la propria fede, divenendo apostata; entrare, smarrirsi e suicidarsi; infine entrare, visitare con calma il luogo, trarne piacere ed uscire arricchito ed arricchente. Mi permetto di fare un ardito paragone fra quel "paradiso" ed il dolore, se non altro per le conclusioni a cui può portare.

Infatti a causa delle esperienze dolorose, si può perdere la ragione, la fede, la vita.

Ma vi è una quarta possibilità: uscire arricchiti ed arricchenti, trasformati e trasformanti (lungi da me ogni tentazione doloristica).

Vi è poi il dolore causato dall'abbandono.

Le prime lacrime che incontriamo nella Bibbia sono quelle versate dalla schiava Agar, che dopo aver dato un figlio ad Abramo, quando Rachele, la moglie di Abramo riesce finalmente a diventare a sua volta madre viene scacciata nel deserto con il piccolo Ismaele.

La scena, descritta nel libro della Genesi, ai capitoli 16-21, è struggente: la madre siede ad un tiro di arco dal figlio, perché stremata, non vuole vederlo morire.

Agar passerà alla storia come la donna abbandonata dagli uomini ma non da Dio, il quale farà sgorgare una fonte di acqua limpida, ancora attiva ai giorni nostri, il pozzo di Ismaele appunto.

Concludo questo mio peregrinare augurando a tutti noi di non incontrare mai questo scomodo compagno di vita che è il dolore, e nel caso dovessimo mai incrociarlo, auspicando la vicinanza di qualcuno disposto a "sporcarsi le mani" con noi e con la nostra sofferenza.

**Infermiere Riabilitazione Pneumologica Sondalo Presidente Revisori dei Conti OPI Sondrio*

BILANCIO CONSUNTIVO 2018

a cura del tesoriere **Laura Mostacchi**

L'anno 2018 è stato un anno ricco di novità per gli OPI in tutta Italia in particolare per ciò che ha stabilito la Legge istitutiva, tra gli altri, dell'Ordine delle professioni infermieristiche (L. 3/2018). A luglio la figura degli Assistenti sanitari è uscita ufficialmente dall'OPI.

Ricordo che i bilanci sono visibili sul sito, in particolare sono pubblicati nella sezione **AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE**, all'interno della sezione *Bilanci*.

La gestione dell'Ordine nell'esercizio 2018 si è svolta nel rispetto dei principi di oculata e prudente gestione, come evidenziato dal collegio di revisione dei conti.

Analizziamo le entrate

Le entrate dell'OPI Sondrio sono determinate nella maggioranza dai contributi degli iscritti e nuovi iscritti. Gli iscritti (1883) e le nuove iscrizioni (25) hanno determinato un'entrata di 133060euro.

I redditi e proventi patrimoniali, quindi gli interessi sui c/c e i rimborsi da OPI Varese come provider, non hanno portato entrate,

Nella categoria **POSTE CORRETTIVE E COMPENSATIVE DI SPESE CORRENTI** rispetto alla stima di 3000 euro abbiamo avuto un rimborso di 539,08euro, questa voce riguarda i rimborsi vari come rimborso spese di spedizione di attestati, ecc... per cui abbiamo una disponibilità di 2460.92 euro che non sono entrati nella voce dei ricavi.

I ricavi sono comprensivi, oltre alle entrate correnti delle **PAR-TITE DI GIRO** che non hanno valore economico ma soltanto finanziario e contabile quali trattenute previdenziali ed erariali da versare come sostituto d'imposta, lo stesso valore lo troviamo nella stessa categoria all'interno dei costi.

Nell'anno 2018 tra le entrate è stato utilizzato l'avanzo di gestione 2017 di 10172.13 euro permettendoci di ampliare l'offerta formativa agli iscritti, di sostenere le spese di missione, di sostenere l'accantonamento del TFR delle impiegate, per adeguarci alle normative (GDPR) e per il restyling del sito.

L'ammontare delle entrate è stato di 160554,60 euro rispetto ai 167752,13 attesi con una differenza di 7197,53euro non entrati.

I costi di esercizio del 2018

L'ammontare delle uscite è di 151325,61 euro rispetto ai 167752.13 euro preventivati, con una differenza di uscite di 16426,52euro non utilizzati.

L'avanzo di gestione nel 2018 è di 9228,99 euro che vengono resi disponibili nel 2019 per progetti vari (indicati nella relazione relativa al bilancio preventivo anno 2019).

Il passaggio da Collegio a Ordine professionale, determinato dall'entrata in vigore della Legge 3/2018, ha richiesto un notevole impegno di risorse umane e finanziarie per adeguarci ai nuovi regolamenti e alle nuove procedure operative in particolare l'adeguamento agli obblighi normativi in tema di anticorruzione e trasparenza della Pubblica amministrazione, il nuovo regolamento sulla privacy, sicurezza sui luoghi di lavoro, il nuovo restyling dell'ormai obsoleto sito web. A questo si aggiungono le attività già presenti come la partecipazione a progetti della FNOPI, degli OPI regionali e all'implementazione dell'offerta formativa.

Analizzando le diverse voci si evidenzia che nella **I categoria USCITE PER GLI ORGANI DELL'ENTE** l'utilizzo è stato di 7243,77euro a fronte di una previsione di 9000 euro. Si tratta del

capitolo relativo ai gettoni di presenza dei consiglieri. Le attività del Consiglio neoinsedato sono state importanti, considerando anche numerose attività per le quali non è stato richiesto nessun gettone.

Si ricorda che il gettone di presenza dei consiglieri, invariato da anni, è così stabilito: 10 euro per le prime due ore e 20 euro per le successive indipendentemente dal numero. Il gettone per le trasferte giornaliere è di 50 euro. Va sottolineato che i Consiglieri e il Presidente non usufruiscono di permessi o altre agevolazioni per compiere le attività istituzionali dell'OPI, quindi in caso di trasferta un consigliere lavoratore usufruisce dei propri giorni di ferie.

Le spese per il personale, indicate nella **II categoria ONERI PER IL PERSONALE IN ATTIVITA' DI SERVIZIO**, sono state inferiori al previsto di 3417,25 euro, utilizzando 48371,75euro.

Nella **III categoria USCITE PER L'ACQUISTO DI BENI DI CONSUMO E DI SERVIZI** abbiamo avuto l'utilizzo di 30795,71euro rispetto al previsto 36384,13euro, la disponibilità è dunque di 5588,42euro.

I capitoli in cui c'è stato il maggiore utilizzo sono stati:

- **SPESE ACQUISTO MATERIALI DI CONSUMO, CANCELLERIA, STAMPATI** con un utilizzo di 1465,34euro rispetto ai 1500 preventivati
- **RIMBORSO SPESE DI MISSIONI**: la partecipazione ai diversi progetti ha apportato il consumo totale della disponibilità (1500euro)
- **SPESE PER L'ATTIVITA' DI COLLABORAZIONE E CONSULENZA DEI PROFESSIONISTI**: in questo capitolo entrano le spese di consulenza, come quella del commercialista che ammonta a 3914,23euro. Il totale dell'utilizzo è di 4409,86euro
- **SPESE POSTALI**: 1524,31 rispetto ai 1800euro preventivati
- **SPESE TELEFONICHE**: utilizzati 1558,14euro rispetto ai 1750euro previsti
- **SPESE PER L'ENERGIA ELETTRICA**: utilizzati 851,31 euro con un avanzo 648,70euro
- **SPESE DI TRASPORTO, RIMBORSO KM**: questa voce è stata completamente erosa (6000euro) ed è stato necessario utilizzare nel capitolo **SPESE IMPREVISTE** 459,83euro.

Per le altre voci c'è stato un piccolo scostamento tra le uscite e il previsto sempre in positivo a parte **CANONE E ASSISTENZA SOFTWARE** in cui è stato necessario pescare nelle **SPESE IMPREVISTE** per 48.40 euro utilizzate come preventivato e l'**ASSISTENZA LEGALE** è rimasta completamente disponibile (3000euro).

Passando alla **categoria USCITE PER PRESTAZIONI ISTITUZIONALI** la previsione di spesa era di 31429,00euro, l'utilizzo è stato di 31068,09euro con una disponibilità di 360,91euro.

Questa categoria ha previsto spese importanti relativamente alle voci:

- **SPESE DI RAPPRESENTANZA** totale utilizzo 3488,30euro: per il pullman reso disponibile agli iscritti si è impegnato 2500euro, per l'acquisto dei gazebo con la stampa del logo OPI Sondrio anche sugli striscioni 471,40euro, per la stampa brochure e cartellonistica per il 12 maggio 176.90euro. il restante per il patrocinio ai diversi eventi.





- **CONTRIBUTI FNOPI:** alla Fnopi sono stati versati 13247,50 euro, considerando nelle spese impreviste anche il versamento per gli assistenti sanitari di 385euro.
- **SPESE PER LA FORMAZIONE PROFESSIONALI DEGLI ISCRITTI** impegnati euro 8050 per la realizzazione di corsi di formazione.
- **SPESE PER LA PARTECIPAZIONE AI PROGETTI OPI LOMBARDIA** abbiamo utilizzato l'intera disponibilità (1500euro)
- **SPESE PER L'ATTIVITA' EDITORIALE-PARLIAMONE:** è stato necessario utilizzare il fondo SPESE IMPREVISTE per 74 euro oltre i 3200euro preventivati

Nel 2018 sono stati organizzati 5 corsi di formazione (di cui 2 con doppia edizione). Grazie al supporto del Provider di OPI di Varese e ad alcuni relatori che si sono prestati in forma gratuita o quasi abbiamo potuto contenere i costi garantendo in modo completo la formazione degli infermieri di Sondrio. Il costo per queste attività formative ha eroso il budget a disposizione di 8050 euro.

Il capitolo relativo alle SPESE IMPREVISTE, all'interno della **CATEGORIA SPESE NON CLASSIFICABILI IN ALTRE VOCI** ha lasciato una disponibilità di 1491euro rispetto ai preventivati 3280euro.

In totale il **TITOLO I USCITE CORRENTI** ha presentato un utilizzo di euro 120686,06 rispetto alla previsione di 133732,13euro con una disponibilità di euro 13046,07.

Il **TITOLO II DELLE USCITE IN CONTO CAPITALE** ha evidenziato una disponibilità di 163,84euro con un'uscita di 13856,16euro rispetto alle previste 14020euro.

I capitoli in cui c'è stato maggiore è:

- **ACQUISTO DI MOBILI, MACCHINED'UFFICIO E IMPIANTI** utilizzato nella quasi totalità per il restyling del nuovo sito. Il nuovo sito ha utilizzato: 4697euro (di cui 2720,01euro utilizzati in questa voce, 48,40euro in CANONE ASSISTENZA SOFTWARE e 49,79euro in spese impreviste e 1878,80euro recuperati dall'avanzo di gestione 2018).
- **ACQUISTO SOFTWARE E LICENZE** utilizzato, tra le altre spese, per l'acquisto del software privacy(622,20euro)
- **ESTINZIONE PRESTITI:** nel 2018 le rate per l'acquisto della nuova sede ha portato all'utilizzo di 7340,76euro rispetto ai 7500euro previsti. Le rate mensili sono di circa 600 euro (tasso variabile).

Anche nella sessione dei costi si ritrovano le **PARTITE DI GIRO** che, come già detto in precedenza non hanno un valore economico.

La disponibilità di cassa ammonta a 24567,88euro.

Il mutuo ipotecario erogato in data 01/06/2010 di capitale originale 90.000euro, al 31/12/2018 presenta un capitale residuo di euro 43578,60, Le rate residue sono 78(scadenza mutuo30/06/2025).

BILANCIO DI PREVISIONE 2019

Il bilancio di previsione 2019 è stato costruito tenendo in considerazione:

- Il bilancio 2018
- Avanzi di bilancio 2018
- Progetti definiti dal Consiglio direttivo per l'anno 2019
- Eventuale partecipazione a progetti FROPI e FNOPI.

E' stato approvato nel Consiglio Direttivo del 29/11/2018 Delibera n.119/2018, con variazione nel Consiglio Direttivo del 31/01/2019 in seguito alla valutazione del Bilancio Consuntivo 2018 ormai delineato nella sua forma definitiva.

ENTRATE

Le entrate previste per l'anno 2019 stimate secondo il numero di iscritti al 31/12/2018 e recuperi e rimborsi diversi dovrebbero essere di euro 158450, così suddivise:

ENTRATE CORRENTI (138450 euro)

- **CONTRIBUTI A CARICO DEGLI ISCRITTI** 134.450 euro di cui 131.950 per i 1885 iscritti e 2500 euro per le nuove iscrizioni
- **ENTRATE DERIVANTI DA PRESTAZIONI E SERVIZI** euro 2000, costituiti dalle quote di partecipazione ai corsi di formazione programmati nel 2019
- **REDDITI E PROVENTI PATRIMONIALI** (interessi sui c/c..) nessun introito
- **POSTE CORRETTIVE E COMPENSATIVE DI SPESE CORRENTI** 2000euro.

Oltre alle **ENTRATE CORRENTI** sono previste le **PARTITE DI GIRO (20000euro)**.

Le entrate vengono integrate con l'avanzo di esercizio 2018 costituite da 9228,99euro da utilizzare per incrementare o realizzare alcuni progetti particolari come:

- Partecipazione a progetti FROPI Lombardia,
- Formazione degli iscritti,
- Acquisto di attrezzature per l'ufficio,
- Gettoni di presenza dei consiglieri e spese di rimborso chilometrico,
- Gestione finanziaria primo bimestre 2019 (in attesa che l'assemblea dei soci approvi il Bilancio 2019).

USCITE

11 USCITE CORRENTI (134069.99euro)

Al fine di rendere il bilancio più aderente alle spese:

- **11/001 USCITE PER GLI ORGANI DELL'ENTE** vista la spesa di 7243,77 euro del 2018, la voce viene portata a 8050euro
- **11/002 ONERI PER IL PERSONALE IN ATTIVITA' DI SERVIZIO** euro54354
- **11/003 USCITE PER L'ACQUISTO DI BENI DI CONSUMO E SERVIZI** (37646euro): si lasciano invariate rispetto al 2018 le voci che non hanno subito forti difformità rispetto al preventivato mentre si modificano le voci che nel Bilancio Consuntivo 2018 hanno portato la necessità di attingere alle spese impreviste:
 - si adegua la voce 11/003/0040 Attività di consulenza di professionisti portandola a 4500euro
 - si riduce la disponibilità di 11/003/0060 Spese postali e spedizioni varie a 1700euro nella visione di un uso maggiore della PEC
 - si aumenta la spesa 11/003/0080 Assistenza Legale a 4000 euro, in considerazione della probabile necessità di procedere con una misura disciplinare
 - si adegua la voce 11/003/0100 Spese di trasporto, rimborso km a 6500 euro
 - si adegua la voce 11/003/0120 per l'assistenza al sito e software vari a 2900 euro
 - si incrementa la voce 11-003-0200 per il costo del PagoPa di 1000 euro
 - si riduce la voce 11-003-0230 TARI di 100 euro
 - non essendo previsto il corso sulla prevenzione dello Stress da Lavoro correlato si porta la previsione di spesa per l'RSPP a 244euro.
- **11/004 USCITE PER PRESTAZIONI ISTITUZIONALI** (29495euro)
 - Si adegua la voce 11-004-0030 spese di rappresentanza a 500 euro,
 - si porta la voce 11-004-0040 a 900 euro la spesa relativa alla pec (rinnovo e nuove)
 - si adegua la voce 11/004/0060 Spese per la formazione professionale degli

iscritti in base ai costi preventivati della formazione agli iscritti. Nel 2019 i corsi a disposizione per i nostri iscritti sono 7 con tre corsi proposti in due edizioni. Il tutto è favorito anche dall'utilizzo dell'avanzo di gestione. L'impegno è di 8000euro.

- si adegua la voce 11/004/0070 a 2500euro per la partecipazione ai progetti e incontri OPI Lombardia,
- si aumenta la voce 11/004/0090 di 100 euro il costo per la stampa di Parliamone

- **11/005 ONERI FINANZIARI** 350euro, invariati rispetto al 2018
- **11/007 ONERI TRIBUTARI:** si riduce la spesa 11/007/0010 Imposte, tasse e tributi vari portandola a 1100euro.

12 USCITE IN CONTO CAPITALE (13609euro)

- **12/001 ACQUISTO DI IMMOBILIZZAZIONI TECNICHE** (2700euro); si prevede un utilizzo di 2000euro per l'acquisto dei condizionatori della sede e per l'acquisto di software e licenze la disponibilità resta invariata. L'impegno del 2018 è stato utilizzato per far fronte all'acquisto del nuovo sito
- **12/003 INDENNITA' AL PERSONALE CESSATO DAL SERVIZIO** (3409euro) adeguato al nuovo costo
- **12/004 ESTINZIONE PRESTITI** (7500euro) invariato.

Il bilancio è stato redatto considerando un versamento della quota di 7 euro per iscritto come versamento della quota annuale a FNOPI come richiesto negli anni precedenti. All'approvazione del bilancio durante il CD 29/11/2018 Delibera n.119/2018 non erano previsti incrementi della quota segnalati solo successivamente ma decorrenti già nel 2019 di 3 euro, per cui la quota per ogni iscritto da versare a FNOPI nel 2019 sarà di 10 euro.

Si ricorda che con il nuovo mandata (da fine 2020) OPI Sondrio dovrà adeguarsi a diversi obblighi previsti secondo la Legge 3/2018 come l'esigenza di nominare un Presidente dei Revisori dei Conti non all'interno dei Collegli Revisori dei Conti ma una figura esterna con conseguente aumento dei costi e l'istituzione di un'ulteriore commissione d'Albo anche per gli infermieri pediatrici.



Ricordando la collega Aurelia

Cara Aurelia il tuo passato dinamico resta nei nostri ricordi per l'immensa generosità che hai saputo offrire sia professionalmente, nell'ambito lavorativo, che socialmente nel Tuo privato.

Grazie per l'esempio che ci hai lasciato monito di grande altruismo.

Onorevolmente

I Collegli rappresentanti l'ordine delle Professioni Infermieristiche di Sondrio

Presentazione Codice deontologico 2019

a cura del Presidente OPI Sondrio Giuseppe Franzini

Nel 2018 con la legge 3 che sostituisce i vecchi Collegi con i nuovi Ordini professionali e istituisce la Federazione Nazionale degli Ordini delle Professioni Infermieristiche, si è dato un nuovo impulso alla professione, tale evoluzione non poteva prescindere dal riscrivere le regole deontologiche degli infermieri.

A dieci anni dal Codice del 2009, la guida della professione diventa moderna e si adegua ai tempi così come i tempi si stanno via via adeguando alla professione e alla professionalità degli infermieri.

Il Codice deontologico è un criterio guida per l'esercizio professionale dell'infermiere che deve tenere conto della sua evoluzione sia sotto il profilo giuridico che dello status e delle competenze professionali.

L'infermiere oggi è un professionista della salute al quale ogni cittadino si rivolge in un rapporto diretto confidando nell'opportunità di ricevere un'assistenza professionale, pertinente e personalizzata.

Il nuovo Codice deontologico rappresenta, per l'infermiere, uno strumento per esprimere la propria competenza e la propria umanità, il saper curare e il saper prendersi cura.



Testo approvato dal Consiglio Nazionale il 13 aprile 2019

Capo I

Principi e valori professionali

Art. 1 - Valori

L'Infermiere è il professionista sanitario, iscritto all'Ordine delle Professioni Infermieristiche, che agisce in modo consapevole, autonomo e responsabile. È sostenuto da un insieme di valori e di saperi scientifici. Si pone come agente attivo nel contesto sociale a cui appartiene e in cui esercita, promuovendo la cultura del prendersi cura e della sicurezza.

Art. 2 - Azione

L'Infermiere orienta il suo agire al bene della persona, della famiglia e della collettività. Le sue azioni si realizzano e si sviluppano nell'ambito della pratica clinica, dell'organizzazione, dell'educazione e della ricerca.

Art. 3 - Rispetto e non discriminazione

L'Infermiere cura e si prende cura della persona assistita, nel rispetto della dignità, della libertà, dell'eguaglianza, delle sue scelte di vita e concezione di salute e benessere, senza alcuna distinzione sociale, di genere, di orientamento della sessualità, etnica, religiosa e culturale.

Si astiene da ogni forma di discriminazione e colpevolizzazione nei confronti di tutti coloro che incontra nel suo operare.

Art. 4 - Relazione di cura

Nell'agire professionale l'Infermiere stabilisce una relazione di cura, utilizzando anche l'ascolto e il dialogo. Si fa garante che la persona assistita non sia mai lasciata in abbandono coinvolgendo, con il consenso dell'interessato, le sue figure di riferimento, nonché le altre figure professionali e istituzionali. Il tempo di relazione è tempo di cura.

Art. 5 - Questioni etiche

L'Infermiere si attiva per l'analisi dei dilemmi etici e contribuisce al loro approfondimento e alla loro discussione. Promuove il ricorso alla consulenza etica e al confronto, anche coinvolgendo l'Ordine Professionale.

Art. 6 - Libertà di coscienza

L'Infermiere si impegna a sostenere la relazione assistenziale anche qualora la persona assistita manifesti concezioni etiche diverse dalle proprie.

Laddove quest'ultima esprima con persistenza una richiesta di attività in contrasto con i valori personali, i principi etici e professionali dell'infermiere, egli garantisce la continuità delle cure, assumendosi la responsabilità della

propria astensione.

L'infermiere si può avvalere della clausola di coscienza, ricercando costantemente il dialogo con la persona assistita, le altre figure professionali e le istituzioni.

Capo II

Responsabilità assistenziale

Art. 7 - Cultura della salute

L'Infermiere promuove la cultura della salute favorendo stili di vita sani e la tutela ambientale nell'ottica dei determinanti della salute, della riduzione delle disuguaglianze e progettando specifici interventi educativi e informativi a singoli, gruppi e collettività.

Art. 8 - Educare all'essere professionista

L'Infermiere, nei diversi ruoli, si impegna attivamente nell'educazione e formazione professionale degli studenti e nell'inserimento dei nuovi colleghi.

Art. 9 - Ricerca scientifica e sperimentazione

L'Infermiere riconosce il valore della ricerca scientifica e della sperimentazione. Elabora, svolge e partecipa a percorsi di ricerca in ambito clinico assistenziale, organizzativo e formativo, rendendone disponibili i risultati.

Art. 10 - Conoscenza, formazione e aggiornamento

L'Infermiere fonda il proprio operato su conoscenze validate dalla comunità scientifica e aggiorna le competenze attraverso lo studio e la ricerca, il pensiero critico, la riflessione fondata sull'esperienza e le buone pratiche, al fine di garantire la qualità e la sicurezza delle attività. Pianifica, svolge e partecipa ad attività di formazione e adempie agli obblighi derivanti dal programma di Educazione Continua in Medicina.

Art. 11 - Supervisione e sicurezza

L'Infermiere si forma e chiede supervisione, laddove vi siano attività nuove o sulle quali si abbia limitata casistica e comunque ogni qualvolta ne ravvisi la necessità.

Capo III

Rapporti professionali

Art. 12 - Cooperazione e collaborazione

L'Infermiere si impegna a sostenere la cooperazione con i professionisti coinvolti nel percorso di cura, adottando comportamenti leali e collaborativi con i colleghi e gli altri operatori. Riconosce e valorizza il loro specifico apporto nel processo assistenziale.

Art. 13 - Agire competente, consulenza e condivisione delle informazioni

L'Infermiere agisce sulla base del proprio livello di competenza e ricorre, se necessario, alla consulenza e all'intervento di infermieri esperti o specialisti. Presta consulenza ponendo i suoi saperi e abilità a disposizione della propria e delle altre comunità professionali e istituzioni.

Partecipa al percorso di cura e si adopera affinché la persona assistita disponga delle informazioni condivise con l'equipe, necessarie ai suoi bisogni di vita e alla scelta consapevole dei percorsi di cura proposti.

Art. 14 - Posizione di protezione

L'Infermiere che rilevi uno stato di alterazione di natura psicofisica di un professionista o di altro operatore nelle sue funzioni, a qualunque livello di responsabilità, si adopera per proteggere e tutelare le persone assistite, la professione e il professionista, anche effettuando le opportune segnalazioni.

Art. 15 - Informazioni sullo stato di salute

L'Infermiere si assicura che l'interessato o la persona da lui indicata come riferimento, riceva informazioni sul suo stato di salute precise, complete e tempestive, condivise con l'equipe di cura, nel rispetto delle sue esigenze e con modalità culturalmente appropriate. Non si sostituisce ad altre figure professionali nel fornire informazioni che non siano di propria pertinenza.

Art. 16 - Interazione e integrazione

L'Infermiere riconosce l'interazione e l'integrazione intra e interprofessionale, quali elementi fondamentali per rispondere alle richieste della persona.

Capo IV

Rapporti con le persone assistite

Art. 17 - Rapporto con la persona assistita nel percorso di cura

Nel percorso di cura l'Infermiere valorizza e accoglie il contributo della persona, il suo punto di vista e le sue emozioni e facilita l'espressione della sofferenza.

L'Infermiere informa, coinvolge, educa e supporta l'interessato e con il suo libero consenso, le persone di riferimento, per favorire l'adesione al percorso di cura e per valutare e attivare le risorse disponibili.

Art. 18 - Dolore

L'Infermiere previene, rileva e documenta il dolore dell'assistito durante il percorso di cura. Si adopera, applicando le buone pratiche per la gestione del dolore e dei sintomi a esso correlati, nel rispetto delle volontà della persona.

Art. 19 - Confidenzialità e riservatezza

L'Infermiere garantisce e tutela la confidenzialità della relazione con la persona assistita e la riservatezza dei dati a essa relativi durante l'intero percorso di cura.

Raccoglie, analizza e utilizza i dati in modo appropriato, limitandosi a ciò che è necessario all'assistenza infermieristica, nel rispetto dei diritti della persona e della normativa vigente.

Art. 20 - Rifiuto all'informazione

L'Infermiere rispetta la esplicita volontà della persona assistita di non essere informata sul proprio stato di salute. Nel caso in cui l'informazione rifiutata sia necessaria per prevenire un rischio per la salute di soggetti terzi, l'Infermiere si adopera a responsabilizzare l'assistito, fornendo le informazioni relative al rischio e alla condotta potenzialmente lesiva.

Art. 21 - Strategie e modalità comunicative

L'Infermiere sostiene la relazione con la persona assistita che si trova in condizioni che ne limitano l'espressione, attraverso strategie e modalità comunicative efficaci.

Art. 22 - Privazioni, violenze o maltrattamenti

Salvo gli obblighi di denuncia, l'Infermiere che rileva ed evidenzia privazioni, violenze o maltrattamenti sulla persona assistita, si attiva perché vi sia un rapido intervento a tutela dell'interessato.

Art. 23 - Volontà del minore

L'Infermiere, tenuto conto dell'età e del grado di maturità riscontrato, si adopera affinché sia presa in debita considerazione l'opinione del minore rispetto alle scelte curative, assistenziali e sperimentali, al fine di consentirgli di esprimere la sua volontà.

L'Infermiere, quando il minore consapevolmente si oppone alla scelta di cura, si adopera per superare il conflitto.

Art. 24 - Cura nel fine vita

L'Infermiere presta assistenza infermieristica fino al termine della vita della persona assistita. Riconosce l'importanza del gesto assistenziale, della pianificazione condivisa delle cure, della palliazione, del comfort ambientale, fisico, psicologico, relazionale e spirituale. L'Infermiere sostiene i familiari e le persone di riferimento della persona assistita nell'evoluzione finale della malattia, nel momento della perdita e nella fase di elaborazione del lutto.

Art. 25 - Volontà di limite agli interventi

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

Art. 26 - Donazione di sangue, tessuti e organi
L'Infermiere favorisce l'informazione sulla donazione di sangue, tessuti e organi quale atto di solidarietà; educa e sostiene le persone coinvolte nel donare e nel ricevere.

Art. 27 - Segreto professionale

L'Infermiere rispetta sempre il segreto professionale non solo per obbligo giuridico, ma per intima convinzione e come espressione concreta del rapporto di fiducia con la persona assistita. La morte della persona assistita non esime l'Infermiere dal rispetto del segreto professionale.

Capo V Comunicazione

Art. 28 - Comportamento nella comunicazione

L'Infermiere nella comunicazione, anche attraverso mezzi informatici e social media, si comporta con decoro, correttezza, rispetto, trasparenza e veridicità; tutela la riservatezza delle persone e degli assistiti ponendo particolare attenzione nel pubblicare dati e immagini che possano ledere i singoli, le istituzioni, il decoro e l'immagine della professione.

Art. 29 - Valori nella comunicazione

L'Infermiere, anche attraverso l'utilizzo dei mezzi informatici e dei social media, comunica in modo scientifico ed etico, ricercando il dialogo e il confronto al fine di contribuire a un dibattito costruttivo.

Capo VI Organizzazione

Art. 30 - Responsabilità nell'organizzazione

L'Infermiere ai diversi livelli di responsabilità assistenziale, gestionale e formativa, partecipa e contribuisce alle scelte dell'organizzazione, alla definizione dei modelli assistenziali, formativi e organizzativi, all'equa allocazione delle risorse e alla valorizzazione della funzione infermieristica e del ruolo professionale.

Art. 31 - Valutazione dell'organizzazione

L'Infermiere concorre alla valutazione del contesto organizzativo, gestionale e logistico in cui si trova la persona assistita per tutelarla. Formalizza e comunica il risultato delle sue valutazioni al fine di migliorare il contesto stesso.

Art. 32 - Partecipazione al governo clinico

L'Infermiere partecipa al governo clinico, promuove le migliori condizioni di sicurezza della persona assistita, fa propri i percorsi di prevenzione e gestione del rischio, anche infettivo, e aderisce fattivamente alle procedure operative, alle metodologie di analisi degli eventi accaduti e alle modalità di informazione alle persone coinvolte.

Art. 33 - Documentazione clinica

L'Infermiere è responsabile della redazione accurata della documentazione clinica di competenza, ponendo in risalto l'importanza della sua completezza e veridicità anche ai fini del consenso o diniego, consapevolmente espresso dalla persona assistita al trattamento infermieristico.

Art. 34 - Risoluzione dei contrasti

L'Infermiere, qualora l'organizzazione chiedesse o pianificasse attività clinico assistenziali, gestionali o formative, in contrasto con principi, valori e con le norme della professione, a tutti i livelli di responsabilità, segnala la situazione agli organi competenti e si attiva per proporre soluzioni alternative.

Art. 35 - Contenzione

L'Infermiere riconosce che la contenzione non è atto terapeutico.

Essa ha esclusivamente carattere cautelare di natura eccezionale e temporanea; può essere attuata dall'equipe o, in caso di urgenza indifferibile, anche dal solo Infermiere se ricorrono i presupposti dello stato di necessità, per tutelare la sicurezza della persona assistita, delle altre persone e degli operatori.

La contenzione deve comunque essere motivata e annotata nella documentazione clinico assistenziale, deve essere temporanea e monitorata nel corso del tempo per verificare se permangono le condizioni che ne hanno giustificato l'attuazione e se ha inciso negativamente sulle condizioni di salute della persona assistita.

Art. 36 - Operatori di supporto

L'Infermiere ai diversi livelli di responsabilità clinica e gestionale pianifica, supervisiona, verifica, per la sicurezza dell'assistito, l'attività degli operatori di supporto presenti nel processo assistenziale e a lui affidati.

Art. 37 - Linee guida e buone pratiche assistenziali

L'Infermiere, in ragione del suo elevato livello di responsabilità professionale, si attiene alle pertinenti linee guida e buone pratiche clinico assistenziali e vigila sulla loro corretta applicazione, promuovendone il continuo aggiornamento.

Art. 38 - Segnalazioni all'Ordine Professionale

L'Infermiere segnala al proprio Ordine le attività di cura e assistenza infermieristica inappropriate e prive di basi, di riscontri scientifici e di risultati validati.

Capo VII Libera professione

Art. 39 - Esercizio della libera professione

L'Infermiere, nell'esercizio libero professionale, si adopera affinché sia rispettata la leale concorrenza e valorizza il proprio operato anche attraverso il principio dell'equo compenso.

Art. 40 - Contratto di cura

L'Infermiere, con trasparenza, correttezza e nel rispetto delle norme vigenti, formalizza con la persona assistita apposito contratto di cura che evidenzia l'adeguata e appropriata presa in carico dei bisogni assistenziali, quanto espresso dalla persona in termini di assenso/dissenso informato rispetto a quanto proposto, gli elementi espliciti di tutela dei dati personali e gli elementi che compongono il compenso professionale.

Art. 41 - Sicurezza e continuità delle cure

L'Infermiere che opera in regime di libera professione tutela la sicurezza e la continuità delle cure delle persone assistite anche rispettando i propri tempi di recupero biofisiologico.

Capo VIII Disposizioni finali

Art. 42 - Libertà da condizionamenti

L'Infermiere e l'Ordine Professionale si impegnano affinché l'agire del professionista sia libero da impropri condizionamenti e interessi nonché da indebite pressioni di soggetti terzi tra cui persone di riferimento, altri operatori, imprese e associazioni.

Art. 43 - Conflitto d'interesse

L'Infermiere che si dovesse trovare in situazione di conflitto di interesse lo dichiara espressamente.

Art. 44 - Contrasto all'esercizio abusivo della professione

L'Infermiere e l'Ordine Professionale contrastano e denunciano l'esercizio abusivo della professione infermieristica e il lavoro sommerso.

Art. 45 - Decoro

L'Infermiere cura la propria persona e il decoro personale.

Art. 46 - Rappresentanza professionale e comunicazione pubblicitaria

L'Infermiere esercita la funzione di rappresentanza della professione con dignità, correttezza e trasparenza. Utilizza espressioni e adotta comportamenti che sostengono e promuovono il decoro e l'immagine della comunità professionale e dei suoi attori istituzionali. Osserva le indicazioni dell'Ordine Professionale nella informazione e comunicazione pubblicitaria.

Art. 47 - Obbligo di rispetto delle norme

L'Infermiere rispetta le norme e gli adempimenti amministrativi, giuridici e deontologici, che riguardano la professione, anche attenendosi alle linee di indirizzo dell'Ordine Professionale.

Art. 48 - Attività consulenziale e peritale

L'Infermiere non svolge attività di natura consulenziale e peritale se non è in effettivo possesso delle specifiche competenze richieste dal caso.

In ogni caso questa attività deve essere svolta nel rispetto dei principi deontologici caratte-

rizzanti la professione, evitando ogni conflitto di interesse e le situazioni in cui sia limitata la sua indipendenza. L'Infermiere in ambito peritale interpreta le evidenze del caso sulla base delle conoscenze scientifiche del momento, fornendo pareri ispirati alla prudente valutazione della condotta dei soggetti coinvolti.

Art. 49 - Natura vincolante delle norme deontologiche

Le norme deontologiche contenute nel presente Codice Deontologico sono vincolanti per tutti gli iscritti all'Ordine delle Professioni Infermieristiche; la loro inosservanza è sanzionata dall'Ordine professionale tenendo conto della volontarietà della condotta, della gravità e della eventuale reiterazione della stessa, in contrasto con il decoro e la dignità professionale.

Art. 50 - Ordini Professionali. Enti sussidiari dello Stato

Gli Ordini Professionali recepiscono e attuano le indicazioni normative e regolamentari inerenti il loro essere Enti sussidiari dello Stato.

Art. 51 - Ordini professionali. Codice Deontologico

Gli Ordini delle Professioni Infermieristiche provinciali sono tenuti a recepire il presente Codice e a garantire il rispetto delle norme, nel quadro dell'azione di indirizzo e coordinamento esercitata dalla Federazione Nazionale degli Ordini delle Professioni

Infermieristiche; sono tenuti inoltre a consegnare ufficialmente o, comunque, a inviare ai singoli iscritti agli Albi, il Codice Deontologico e a tenere periodicamente corsi di aggiornamento e di approfondimento in materia deontologica.

Art. 52 - Ordini professionali e altri ruoli pubblici

L'Ordine Professionale non interviene nei confronti dell'Infermiere impegnato in incarichi politico istituzionali nell'esercizio delle relative funzioni.

Art. 53 - Clausola finale

Ogni altro comportamento che violi il decoro e la dignità professionale è sanzionabile dall'Ordine.

Le presenti norme saranno oggetto di costante monitoraggio da parte della FNOPI al fine di garantirne l'eventuale aggiornamento



FEDERAZIONE NAZIONALE DEGLI ORDINI DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE

Protocollo: P-561 III.02 RF

Data: 07 MAR 2019

Rif:

Oggetto:

Al Presidente della Conferenza Stato Regione

Dott. Antonio Saitta
statoregioni@mailbox.governo.it

Ai Presidenti Provinciali Ordini Professioni Infermieristiche

Loro sedi

La Federazione Nazionale Ordini delle Professioni Infermieristiche (FNOPI) intende portare alla Vostra attenzione il problema della tutela e della valorizzazione della specificità e competenza dell'Infermiere Pediatrico e della sua occupazione sul territorio nazionale. Allo stesso tempo intende sostenere e potenziare le competenze di innovazione professionale in questo delicato ambito per far sì che ad ogni neonato, bambino, adolescente e alle famiglie con problemi potenziali ed attuali di salute siano garantite la migliore qualità e sicurezza delle cure e delle appropriate risposte assistenziali infermieristiche. L'ottica è di promuovere un nuovo concetto di salute inteso non solo come prevenzione e cura delle malattie in età evolutiva, ma anche come acquisizione precoce di stili di vita salutari e difesa da situazione di rischio e fragilità premessa di una vita migliore nelle fasi successive.

Le funzioni dell'infermiere pediatrico sono individuate dal relativo Profilo Professionale (D.M. n. 70/1997):

"L'infermiere pediatrico è il professionista sanitario che, in possesso del titolo abilitante e dell'iscrizione all'Ordine delle professioni infermieristiche (OPI), è responsabile dell'assistenza infermieristica pediatrica. Gestisce ed attua interventi di tipo preventivo, curativo, palliativo e riabilitativo nei confronti di neonati, bambini e adolescenti, sani o ammalati, fino al diciottesimo (18) anno di età, nonché nei confronti della famiglia e della comunità relativamente ad interventi di educazione sanitaria e promozione della salute".

Gli ambiti occupazionali nei quali l'infermiere pediatrico esercita in regime di dipendenza e/o libera professione sono:

- Ospedale
- Territorio
- Domicilio
- Comunità infantili
- Scuole.

Il Codice del diritto del minore alla salute e ai servizi sanitari presentato presso il Ministero della Salute il 6 febbraio del 2013, fornisce uno strumento di tutela dei minorenni che vivono le diverse realtà sanitarie nell'ottica prevista dalla Convenzione sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza approvata dall'Assemblea Generale delle Nazioni Unite nel 1989. Nella parte III **"Minori e assistenza sanitaria"** si rileva che i minori hanno diritto di essere curati ed assistiti da medici ed infermieri ed altri professionisti sanitari che abbiano una specifica formazione di base o una specializzazione post-laurea in ambito pediatrico e/o adolescenziale.

Nei sopracitati contesti operativi devono essere attivate procedure di assunzione del profilo di Infermiere Pediatrico o essere assegnato personale infermieristico già assunto in possesso di Master di Infermieristica Pediatrica al fine di garantire un livello di competenza adeguato al Codice succitato.

Particolare attenzione andrà rivolta:

- ai contesti neonatologici anche alla luce di quanto previsto dal percorso nascita del Ministero della Salute;
- allo sviluppo dell'infermieristica pediatrica di famiglia/comunità per la gestione dei percorsi dei pazienti affetti da disabilità e malattie croniche come previsto dal Piano Nazionale Cronicità.

Preme anche sensibilizzare le Signorie Loro sul tema delle Transitional Care, considerato che molte Regioni non hanno completato l'implementazione delle reti di transizione per garantire la continuità assistenziale dai contesti pediatrici ai contesti per adulti, determinando alcune criticità nella continuità assistenziale in caso di malattie croniche e/o rare.

La Presidente
 Barbara Mangiacavalli


Sistemi di valutazione della complessità assistenziale infermieristica in terapia intensiva

di Di Cara Cinzia*

INTRODUZIONE

Il concetto di complessità assistenziale ha assunto negli ultimi decenni una grande rilevanza in merito a diversi aspetti inerenti l'assistenza infermieristica. Si è ritenuto, nel corso del tempo, di grande importanza poter rilevare oggettivamente e in termini tangibili un "indice di complessità" che determini le attività, i bisogni e le necessità assistenziali che derivano da specifiche condizioni cliniche degli utenti (Vivaldi et al., 2014).

La misurazione della complessità assistenziale infermieristica è fortemente correlata a tutto il processo assistenziale in quanto coglie tutte le varietà e i mutamenti dei bisogni della persona assistita. Le metodologie di misurazione, pertanto, si fondano su indicatori di assistenza che prevedono la definizione di bisogni specifici sulla base di numerose condizioni cliniche e necessità assistenziali (Regazzo, Pignatto, 2015). I motivi per cui risulta importante quantificare la complessità assistenziale sono molteplici tra cui, valutare la condizione della persona e determinare i bisogni di assistenza infermieristica nel suo interesse e in quello del professionista infermiere ai fini di misurare i risultati dell'assistenza nell'interesse degli stessi assistiti. La definizione di complessità assistenziale è basata non solo su caratteristiche di tipo clinico-patologico, ma tenendo conto di un approccio fondato sui bisogni di assistenza e autonomia della persona (Nardi et al., 2012).

Il concetto di complessità assistenziale è distinto da "intensità di cure". Più volte in letteratura i due concetti sono stati utilizzati senza alcuna distinzione ma secondo uno studio di Croce del 2012, trattando adeguatamente le due definizioni si viene proprio a delineare una differenza tra domanda e offerta di prestazioni. Nel 2009 Moiset e Vanzetta avevano sviluppato un lavoro in merito al Sistema Informativo della Performance Infermieristica (SIPI), nato con lo scopo di sganciare la classificazione degli assistiti dagli aspetti puramente medici (Diagnosis related group - DRG) e monitorare la fluttuazione della complessità assistenziale legata al soddisfacimento del bisogno di assistenza infermieristica.

Una delle caratteristiche che influenzano la valutazione della complessità assistenziale è la revisione continua dei processi assistenziali dovuti alla modifica delle condizioni cliniche dell'assistito e volti al miglioramento costante della qualità. Da uno studio del 2006 di Lunney si evince che un sistema di classificazione della complessità assistenziale infermieristica è fondamentale al fine di documentare non solo i processi assistenziali messi in atto ma anche gli esiti, per definire una relazione tra gli interventi effettuati e la loro efficacia (Germini ed al., 2010).

In merito alla responsabilità infermieristica insita nell'azione e performance nel piano di assistenza rivolto alla persona, gli outcomes diventano un argomento di interesse attuale perché l'*accountability* (dover rendere conto), intesa come responsabilità diretta è un'aspettativa ormai consolidata da anni dal sistema sanitario (Doran, 2013).

Anche in questo contesto lo scopo principale diventa quello di rilevare in modo tangibile e oggettivo come l'assistito risponde agli interventi infermieristici in termini di esiti correlati all'assistenza; diventa dunque necessario l'utilizzo di indicatori che non mirano a valutare in modo diretto la qualità, ma intesi come la capacità di prevedere gli esiti (Copnell ed al., 2009).

Nel capitolo la classificazione degli indicatori viene trattata, per convenzione didattica, ai



parametri di Donabedian espressi già nel 1966 al fine di racchiudere l'ampia gamma degli outcomes dell'assistito.

Sulla definizione degli esiti infermieristici la letteratura da decenni ha espresso numerose varianti già nella nomenclatura degli stessi. In letteratura infatti è possibile leggerli come *nursing outcomes* o come *nursing sensitive outcomes*, tuttavia esistono definizioni che maggiormente contribuiscono a darne una visione globale in letteratura. In particolare:

- Griffiths nel 2008 descrive i *nursing sensitive outcomes* come aspetti dell'esperienza, del comportamento e della condizione di salute dell'assistito dipendenti totalmente o in parte dell'assistenza infermieristica erogata, riferendosi però anche ai concetti di qualità e quantità dell'assistenza;
- Doran nel 2013 definisce i *nursing sensitive outcomes* come gli esiti che hanno un importante rilievo ai fini della condizione dell'assistito, che siano pertinenti all'assistenza infermieristica e per i quali esistono prove di efficacia empirica che evidenziano una relazione tra l'intervento degli infermieri e i risultati del paziente.

La letteratura concorda nel definire che non è possibile erogare assistenza senza considerare la valutazione degli esiti (Palese, 2008).

Quanto detto, crea un background che possa chiarire i sistemi di valutazione della complessità assistenziale, che come precedentemente accennato varia in base a diverse caratteristiche tra cui le condizioni cliniche, le modificazioni successive agli interventi assistenziali e quindi gli outcomes ottenuti, ma anche l'ambito d'intervento in cui tutto il processo avviene.

In particolare, secondo la letteratura alcuni sistemi di valutazione relativi alla complessità assistenziale sono maggiormente idonei in alcune strutture operative e meno in altre.

A tal proposito negli ultimi decenni si sono sviluppati studi che concentrano il proprio *focus* sul sistema ospedaliero basato sull'intensità di cure, che volge l'attenzione a fattori fondamentali quali:

- La severità clinica;
- L'instabilità clinica;
- La complessità assistenziale;
- La comorbilità;
- La fragilità.

Tali argomenti vengono attenzionati dai sistemi di valutazione della complessità assistenziale nelle specifiche aree di competenza (Orlandi, 2015). La letteratura propone diversi strumenti di valutazione, che hanno lo scopo univoco di calcolare il fabbisogno infermieristico in terapia intensiva. I sistemi di valutazione sono

da anni applicati quotidianamente e in ordine cronologico quelli che l'evidenza propone sono:

- Il *Therapeutic Interventional System Score* (TISS-28) del 1996;
 - Il *Nine Equivalents Manpower Score* (NEMS) del 1997;
 - Il *Nursing Activities Score* (NAS) del 2003.
- Quest'ultimo sistema nasce con lo scopo di descrivere e pesare al meglio le attività svolte dall'infermiere nei confronti dell'assistito a scapito degli indici clinici su cui si basavano i primi due strumenti (Lucchini et al., 2015). Di seguito vengono messi a confronto gli ultimi due sistemi di valutazione, elencandone i vantaggi e gli svantaggi di entrambi in base a quanto riportato all'evidenza scientifica.

MATERIALI E METODI

L'idea di questo lavoro nasce dalla valutazione della complessità assistenziale attualmente eseguita nella Struttura Complessa di Anestesia-Rianimazione dell'ospedale Eugenio Morelli di Sondalo, presidio dell'Azienda Socio-Sanitaria Territoriale Valtellina e Alto Lario presso cui presto servizio. Attualmente lo strumento in uso presso il suddetto reparto è il *Nine Equivalents Manpower Score* (NEMS), con prospettiva di scegliere come nuova scala l'utilizzo del *Nursing Activities Score* (NAS).

La ricerca è stata condotta tramite l'interrogazione di banche dati internazionali, la consultazione di motori di ricerca e la lettura di testi specifici sull'argomento di interesse.

Al fine di acquisire informazioni generali inerenti l'ambito di indagine, sono stati interrogati motori di ricerca, per reperire documenti che potessero fornire anche *key words* specifiche da utilizzare, poi, nella consultazione delle banche dati. Sono stati esclusi trasversalmente a tutti i momenti della ricerca su banche dati studi antecedenti il 2008. Una volta recuperati i documenti di interesse, ne viene valutata la pertinenza attraverso la lettura critica di *abstract* e introduzione, credenziali degli autori e anno di pubblicazione. Il periodo di riferimento per ritenere idonei alcuni risultati reperiti tra le fonti è compreso tra il 1996 e 2017; in quanto il 1996 coincide con la revisione di uno strumento di valutazione di complessità assistenziale riferito specificatamente all'area di terapia intensiva, il *TISS 28 (Therapeutic Intervention Scoring System)*.

Per svolgere tale revisione è stata condotta una strategia di ricerca per fasi. **Fase 1:** è stata intrapresa ricercando articoli in lingua italiana su motori di ricerca in merito al concetto di **complessità assistenziale**; individuando anche siti web di pertinenza specifica,

quali ALTERVISTA. I criteri di inclusione di questa fase della ricerca riguardano la definizione del concetto di complessità assistenziale correlata ai bisogni di assistenza infermieristica. Dai risultati della ricerca sono stati esclusi tutti gli studi appartenenti alla definizione della complessità in specifiche aree, presi in considerazione parzialmente nelle fasi di ricerca successive.

Fase 2: acquisite le informazioni specifiche che definissero il *background* dell'argomento di interesse, la ricerca si è sviluppata mediante individuazione di risultati che si riferissero ai sistemi di valutazione della complessità assistenziale attualmente espressi in letteratura. Questa fase comprende tutti i risultati appartenenti alla valutazione specifica della complessità assistenziale. Sono stati visionati i lavori che trattassero dei sistemi di valutazione sia sul piano nazionale che estero; escludendo dall'elaborazione poi le valutazioni del panorama internazionale e privilegiando invece il panorama nazionale.

Fase 3: prevede l'indagine su motori di ricerca attraverso l'inserimento di parole chiave quali *"esiti sensibili"*, *"Outcomes infermieristici"*.

In seguito a lettura del materiale trovato, sono state individuate ulteriori *key words*, impiegate nella consultazione di banche, nello specifico *"sensitive Outcomes"*, *"nursing outcomes"*, incrociati con l'operatore booleano *AND*. In questa fase della ricerca sono stati inclusi tutti i risultati che definissero il concetto di esiti infermieristici, escludendo i risultati che trattassero specificatamente dei modelli di riferimento, argomento non utile allo scopo dell'elaborato.

Fase 4: in seguito all'analisi degli studi ottenuti riguardanti tutto il processo di definizione della complessità a partire dai bisogni fino agli esiti, sono stati ricercati attraverso motori di ricerca studi che trattassero di sistemi valutativi specifici in terapia intensiva. In questa fase sono stati esclusi tutti i lavori che fornissero solo conclusioni in merito al fabbisogno infermieristico, trattenendo gli studi che oltre alle risorse umane tenessero conto anche dell'aspetto organizzativo relativo al bisogno della persona. Ulteriore materiale di riferimento è stato reperito attraverso la lettura di testi e mediante l'analisi della bibliografia enunciata dagli articoli e dal materiale di riferimento trovati.

1. Dai bisogni di assistenza infermieristica alla complessità assistenziale

Nel corso degli anni il concetto di *complessità assistenziale* è stato trattato ampiamente in letteratura, dandone specifiche definizioni che ricoprono trasversalmente diversi ambiti di competenza. La definizione che, tuttavia, viene maggiormente condivisa è quella espressa da Moiset nel 2003, il quale la identifica come un insieme di interventi, che lo stesso autore nel 2008 chiamerà *performance*, espressi in impegno e quantità-lavoro dell'infermiere, ma comunque correlati ai bisogni di assistenza infermieristica espressi dalla persona. Pertanto il percorso che determina nella sua specificità la complessità assistenziale, ha come inizio la valutazione dei bisogni di assistenza infermieristici espressi dall'assistito e quindi la variabilità continua delle condizioni cliniche derivanti sia dallo stato patologico in atto, sia dagli interventi già eseguiti sulla persona stessa.

Tuttavia nel corso dei decenni il percorso di identificazione della complessità assistenziale infermieristica è stato spesso contaminato da diversi fattori, in particolare la letteratura identifica gli stessi nel condizionare il livello di complessità assistenziale con le diagnosi mediche

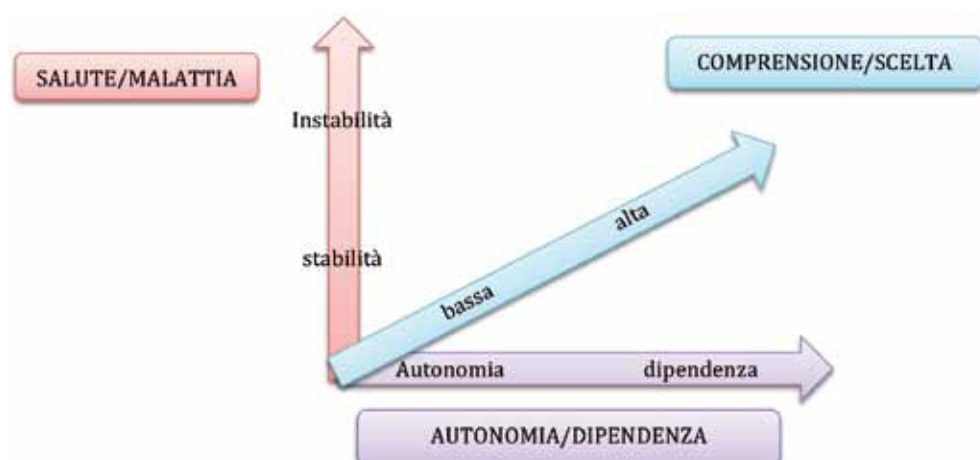


Figura 1: Grafico della Complessità Assistenziale.

rilevate, con lo stato di disabilità motoria della persona e al bisogno di procedure diagnostiche terapeutiche (Gazzola, 2009).

La determinazione della complessità assistenziale, consente di prendere scelte consapevoli che siano trasversali ai diversi ambiti di intervento; in particolare:

- Allocare le risorse con criterio sia quantitativo che qualitativo, in modo da avere un riscontro in termini qualitativi dell'assistenza;
- Confrontare le performance offerte al fine di ripesare l'assistenza;
- Dare una visibilità alla professione infermieristica attribuendo un peso necessario al momento dell'assegnazione delle risorse.

Per far sì che la complessità venga definita, già dal 1991 sono state identificate da Vaccani tre variabili che inquadrano il concetto di complessità sotto un ambito organizzativo, "incertezza", "interdipendenza" e "decentramento della discrezionalità decisionale".

L'**incertezza** indica prevalentemente la condizione di salute/malattia dell'assistito, di per sé incerta durante tutto il percorso assistenziale. L'**interdipendenza** indica la capacità della persona di soddisfare autonomamente i propri bisogni.

La **discrezionalità decisionale** indica la capacità o possibilità della persona di prendere scelte in merito agli interventi assistenziali, terapeutici che si vuole vengano pianificati nell'assistenza. Queste variabili si basano rispettivamente su dei principi cardini: la condizione o stato di salute; la competenza e quindi "saper agire" e "fare" pianificando. In seguito a quanto fin qui stabilito è possibile rappresentare graficamente il concetto di complessità assistenziale (Figura 1).

Sull'asse della "AUTONOMIA/ DIPENDENZA" viene rappresentata l'area della **pianificazione e/o supervisione** dell'assistenza infermieristica. In quest'area la discrezionalità di interventi dell'infermiere è molto elevata in relazione allo stato di dipendenza della persona. Più è alta la discrezionalità e la spinta decisionale infermieristica maggiore è il bisogno di assistenza e dunque il livello di complessità assistenziale.

Sull'asse "SALUTE/MALATTIA" viene identificata l'area **collaborativa**, in cui l'infermiere agisce in collaborazione con altri professionisti. In questo contesto più la persona è instabile, minore sarà la discrezionalità dell'infermiere, poiché questa area è fortemente collegata alla condizione clinica-patologica della persona, pertanto il professionista in uno specifico contesto di alta instabilità interviene garantendo una corretta applicazione delle prescrizioni diagnostiche-terapeutiche. L'infermiere in uno stato di bassa discrezionalità può e deve garantire competenze tecniche specifiche, riconoscimento tempestivo di corretta applicazione delle suddette prescrizioni, e l'attivazione di ulteriori risorse nel caso di mutamenti delle condizioni cliniche.

Nell'asse "COMPrensione/Scelta" l'infermiere opera con altissima discrezionalità e la persona riconosce e comprende le proprie condizioni attuando o mantenendo quei comportamenti che migliorano il proprio stato di salute. In quest'area l'infermiere agisce con alta discrezionalità, poiché è delineata come area di **specificità e autonomia infermieristica**, agendo con interventi formativi, educativi

e informativi.

In merito alla complessità assistenziale si evidenzia quanto la letteratura esprime riguardo al concetto non ancora univoco di complessità assistenziale, ma che dichiara apertamente quanto viene richiesto per la riorganizzazione delle aziende ospedaliere sulla base dell'intensità di cure. Secondo la Legge Regionale 40/2005 della regione Toscana vengono identificati tre trend utili per la riformulazione dei modelli organizzativi, quali:

- Definizione di aree differenziate, in base alle modalità assistenziali;
- Strutturazione per intensità di cure;
- Superamento graduale dell'articolazione per Unità Operative.

Tuttavia da uno studio condotto da Rossetti et al. nel 2016 si evince che in letteratura la complessità assistenziale è evidenziata da tre concetti che possono sovrapporsi in determinati casi:

- **Nursing intensity** (intensità dell'assistenza infermieristica) definito come la quantità di assistenza diretta e indiretta necessaria ad un paziente in base al suo livello di dipendenza;
- **Nursing workload** (carico di lavoro infermieristico) definito come il numero di risorse necessarie ad assistere le persone, che tenga conto del numero dei degenti, della loro complessità di cure, e della loro dipendenza;
- **Patient acuity** (paziente acuto) definito dalla gravità clinica e dall'intensità assistenziale.

2. L'intensità di cura e la performance infermieristica

2.1 Sistemi di rilevazione di complessità assistenziale

Data la molteplicità di definizioni fornite dall'evidenza riguardo la complessità assistenziale, risulta doveroso indicare quanto espresso anche in merito al concetto di "intensità di cure". Comunemente in letteratura i due termini vengono usati indifferentemente per esprimere lo stesso concetto. Croce nel 2012 distingue i due concetti ritenendo che l'intensità di cura deriva da una valutazione di **instabilità clinica** e complessità assistenziale; in cui la prima riguarda una assegnazione di posto letto collocato nel settore più appropriato rispetto ai suoi bisogni assistenziali, non solo inerenti alla tipologia di ricovero ma anche alla condizione clinica e di dipendenza. Nel 2015 l'instabilità clinica o gravità clinica viene definita come un'alterazione dei parametri fisiologici che definisce i pazienti a rischio a rapido deterioramento clinico o morte, viene definita anche come *early warning scores*".

Nonostante le svariate definizioni di termine espresse dalla letteratura, molti studi concordano nel ritenere che non sempre a un'elevata necessità di cure corrisponde un'elevata necessità di assistenza e viceversa; per questo la definizione di un livello di intensità di cure è frutto di due macroaree:

- **Livelli di gravità o instabilità clinica:** grado e numero dei parametri fisiologici alterati;
- **Livello di dipendenza:** grado e numero di problemi per cui la persona richiede un supporto assistenziale.

In seguito a quanto esplicitato, è possibile distinguere tre livelli di intensità:

- **Bassa intensità:** interessa persone non complesse sul piano clinico e assistenziale, è il

livello che richiede minima assistenza e può essere gestito con ricoveri brevi e ambulatoriali con possibilità di pianificazione e continuità assistenziale anche sul territorio;

- **Media intensità:** in questo livello confluisce quasi tutta la fascia di popolazione ancora indifferenziata per complessità medica, infermieristica e per durata presunta di degenza, consente un'elevata programmabilità dell'assistenza;

- **Alta intensità:** a questo livello accedono persone con elevata instabilità clinica che necessitano di degenze più o meno variabili e risposte trasversali, dato quanto impegna le risorse necessarie questo livello deve contenere popolazioni con precisi criteri così che la degenza possa durare il tempo strettamente necessario.

La corretta allocazione della persona nell'ambito di riferimento non deve quindi rifarsi all'insieme di patologie presentate quanto allo stato clinico che richiede specifici interventi assistenziali. I criteri adottati per la misurazione della complessità assistenziale possono ricondursi a tre principali macro-filoni:

- Secondo documentazione delle attività svolte;
- Secondo il profilo del paziente;
- Mediante indicatori di assistenza.

Attualmente l'organizzazione delle aree di cura, si basa sulla suddivisione di aree mediche e chirurgiche e nel loro ambito in suddivisioni in specialità con variabile gravità clinica, creando uno standard assistenziale medio, le cui conseguenze sono identificate come "effetto tetto" ed "effetto pavimento" (Nardi et al., 2012):

- **L'effetto tetto** si verifica quando la persona è inserita in un sistema a bassa offerta rispetto ai bisogni richiesti, stressando il sistema per ottenere maggiore assistenza a discapito degli altri utenti degenti, ottenendo così un'assistenza inadeguata;

- **L'effetto pavimento** si verifica, invece, quando la persona con modesti bisogni è inserita in un sistema di alta offerta, ricevendo un'assistenza maggiore dei bisogni richiesti, sia da un punto di vista quantitativo che qualitativo, ottenendo così uno spreco di risorse.

Su questa base, la letteratura offre a livello internazionale numerosi approcci metodologici, finalizzati per lo più a misurare il fabbisogno della risorsa infermieristica, ma che danno un importante quadro di riferimento oggettivo del livello di complessità assistenziale della persona. Il primo filone, basato sulla documentazione delle attività svolte dagli infermieri, quantifica il bisogno di assistenza in termini di tempo richiesto, fornisce un elenco di interventi svolti e ne definisce la durata. Il secondo filone si basa sulle condizioni generali della persona, sul suo fabbisogno e sulla dipendenza che ne scaturisce, in questo contesto l'infermiere svolge interventi che possono essere standardizzati o predeterminati sulla base di attività di ciascuna Unità Operativa. Il terzo filone basato sugli indicatori prevede la definizione di bisogni specifici sulla base delle condizioni rilevanti sia dalle necessità assistenziali che dallo stato clinico, viene attribuito un vero e proprio punteggio numerico determinato dalla somma numerica di ciascun indicatore.

In base a quanto espresso si sono sviluppati metodi per la classificazione degli assistiti e della loro complessità, al fine di avere un'idea, almeno parziale, dei carichi di lavoro e la conseguente gestione più efficiente delle risorse. Tra i sistemi di valutazione della complessità assistenziali, di seguito sono enunciati quelli di cui più dispone la letteratura, in particolare:

- 1) Indice di Complessità assistenziale (ICA);
- 2) Accertamento Stato Generale del paziente (ASGO);
- 3) Sistema Informativo della Performance Infermieristica (SIPI; trattato nel paragrafo 2.2);
- 4) Metodo Assistenziale Professionalizzante (MAP);
- 5) Triage di Corridoio (TRICO);
- 6) Persiceto's Score;
- 7) Intensità Assistenziale e complessità clinica (IACC);
- 8) Percorso Valutazione Infermieristica Complessità Assistenziale (Per.V. In.CA);
- 9) Nine Equivalent of Manpower Score

(NEMS);

10) Nurse Activities Score (NAS).

I primi quattro strumenti sono stati elaborati solo da infermieri; i successivi quattro comprendono anche strumenti di valutazione clinica e quindi sono compilate in collaborazione con il medico; gli ultimi due vengono usati in terapia intensiva.

Nel presente lavoro si è scelto di trattare i metodi che maggiormente vengono descritti in letteratura e che si applicano nel panorama italiano, ICA, ASGO, SIPI, MAP, TRICO.

ICA: è stato elaborato da Cavaliere e Snai-dero nel 1999 sulla base delle prestazioni di Cantarelli. È finalizzato a centralizzare l'assistito nel percorso di assistenza infermieristica e di ricavarne standard generali di riferimento.

Ideato e usato dagli infermieri garantisce un adeguato processo decisionale dell'infermiere (Regazzo, Pignatto, 2015). La valutazione con l'uso di questo strumento è finalizzata alla rilevazione della complessità assistenziale, intesa come gravità dell'utente; offerta assistenziale e criticità organizzativa. Prevede cinque livelli di complessità: molto lieve, lieve, moderata, elevata, molto elevata (Rossetti et al., 2016).

La rilevazione viene eseguita quotidianamente secondo i cinque livelli del modello delle prestazioni infermieristiche sopra citato. L'ICA analizza la variabile autonomia/ dipendenza della persona e si pone non solo come strumento per la raccolta dati ma anche come sistema organizzativo; ad ogni intervento viene attribuito un "peso intervento" (PI), determinato attraverso un algoritmo che restituisce uno score di complessità di intervento che varia da 1 (bassa complessità) a 5 (alta complessità) (Cavaliere, 2012). Il PI attribuito deriva da diversi fattori tra cui lo stato del malato, la competenza del professionista e la criticità organizzativa.

L'indice di complessità assistenziale viene calcolato in base alla somma degli interventi a maggior peso di ogni categoria di prestazioni; e attraverso una tabella di codifica è possibile determinare la Classe di Gravità (CdG) della persona. Negli ultimi decenni l'ICA ha trovato ottima applicazione in campo ospedaliero così come in campo territoriale, in quanto di facile applicazione e consiste nella determinazione della domanda assistenziale attraverso il calcolo pesato della gravità della persona creando il rapporto tempo/gravità (Simonetti et al., 2014). Inoltre nel 2010 lo strumento ha trovato maggior utilizzo in seguito alla realizzazione di un software che ne creasse automaticamente i calcoli abbandonando così i sistemi cartacei, partendo dalla pianificazione del piano assistenziale per la corretta elaborazione e proseguendo nel tener conto di obiettivi e interventi effettuati (Cavaliere, 2013). Il fine di questo strumento è quello di orientare l'attività infermieristica al riscontro di priorità assistenziali individuali o generali (Croce, 2012). Per la compilazione dello strumento viene utilizzato un nomenclatore, precedente concordato tra gli operatori che ingloba tutti gli interventi assistenziali effettuati riferiti a ciascun bisogno; ciascun intervento corrisponde numericamente a un livello da 0 a 5. La somma totale degli 11 bisogni fornisce un valore numerico totale che indicano le CdG della complessità assistenziale.

ASGO: lo strumento utilizza l'analisi delle caratteristiche generali della persona senza fare riferimento a un modello concettuale specifico, ma tende a identificare un indice di impegno assistenziale. Un valore di sintesi che integra l'indice di capacità funzionale (dato dal valore ponderato del punteggio ASGO) e l'indice di competenza in autocura e quindi identifica il profilo complessivo di dipendenza del paziente sia funzionale che per competenza di autocura. La letteratura mostra pochi lavori in merito a questo strumento (Chiappi, 2012). Lo strumento utilizza 10 variabili per l'analisi dello stato generale della persona:

- Stato mentale
- Spostamento/ deambulazione
- Circolazione
- Respirazione
- Eliminazione
- Alimentazione
- Sonno / veglia

- Sensorio
- Comportamento di cura di sé
- Umore prevalente

Ciascuna variabile contiene otto item di riferimento che attribuiscono un peso a ciascuna condizione rilevata. La differenza sostanziale con il precedente metodo risiede nel valutare condizioni indicative dello stato di salute della persona e non pesare gli interventi utilizzati.

MAP: nato nel 2007 sulla base della “teoria della complessità” intesa come organizzazione sanitaria e il “modello di analisi della complessità assistenziale” inteso come riferimento infermieristico. Si compone di due strumenti, il primo valuta la complessità assistenziale della persona, il secondo il fabbisogno di risorse che deriva dalla valutazione del primo strumento. Il primo strumento del MAP è lo strumento per la valutazione della complessità assistenziale della persona assistita, composta da 60 modalità attraverso le quali realizzare il processo di valutazione, suddivise nelle diverse dimensioni:

- Stabilità clinica: 19 modalità;
- responsività: 7 modalità;
- indipendenza: 7 modalità;
- contesto: 27 modalità.

Per la ideazione del MAP è stato utilizzato come base il modello tassonomico rappresentato della “Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute” (ICF) (Buono e Zagaria, 2003). Tale classificazione, sviluppata dall’Organizzazione Mondiale della Sanità e pubblicata, nella sua ultima revisione, nel maggio del 2001, è stata scelta in quanto si sviluppa attraverso una serie di categorie raggruppate secondo il modello “biopsicosociale”, che guarda alla persona nella sua interezza e quindi non solo dal punto di vista sanitario, ma anche nella consuetudine quotidiana delle relazioni sociali. La metodologia MAP prevede l’adozione di tre variabili, quali elementi costitutivi per la valutazione della complessità assistenziale:

- la **stabilità/instabilità clinica** della persona assistita (dimensione della stabilità clinica);
- la capacità dell’assistito di definire le proprie necessità e di scegliere i comportamenti a lui più idonei (dimensione della **responsività**);
- la possibilità dell’assistito di agire su se stesso autonomamente ed efficacemente (dimensione dell’**indipendenza**).

È stata inoltre definita una quarta variabile di valutazione, estrinseca alla persona, ossia il “fattore ambientale / contesto” che riguarda la valutazione di modalità estrinseche alla persona assistita relativa all’ambiente fisico, sociale e agli atteggiamenti in cui le persone vivono e conducono la loro esistenza. Per ognuna delle tre dimensioni e per l’elemento “contesto”, il MAP identifica funzioni e parametri attraverso i quali realizzare il processo di valutazione della complessità assistenziale della persona assistita. Per poter valutare le modalità, sono state declinate specifiche “variabili”, in totale 217: 70 per stabilità clinica; 30 per responsività; 27 per indipendenza; 90 per contesto. Lo scopo delle variabili è quello di descrivere i possibili stati osservabili nella persona assistita in relazione alla modalità oggetto di valutazione e guidare l’utilizzatore dello strumento a effettuare una valutazione sintetica della persona assistita al fine di ottenere gli elementi necessari a orientare le decisioni assistenziali (Regazzo e Pignatto, 2015). Le variabili sono state declinate articolandose su una scala di valutazione, espressa in “score” con livelli di “performance” in un range compreso fra 0 e 4. Lo strumento di valutazione, prevede un sistema bilanciato di pesatura, che permette di riconoscere a ogni modalità un’importanza diversa nella definizione della complessità assistenziale della persona assistita; attribuire a ogni variabile un punteggio coerente con l’entità/gravità del problema e con il punteggio assegnato alla modalità di riferimento. Il sistema MAP è stato completato con l’ideazione di un software ad hoc, chiamato SKY MAP, al fine di rendere più facile la gestione delle informazioni inserite nel MAP, sia dal punto di vista della complessità assistenziale, sia per quanto attiene alla gestione delle risorse umane e alla definizione del fabbisogno di personale. Il software, di tipo centralizzato, è stato pensato

anche per essere impiegato come strumento di un sistema di Information and Communication Technology (ICT), ovvero per essere collegabile con gli altri sistemi e funzioni dell’organizzazione sanitaria considerata.

TRICO: è uno strumento di facile utilizzo, anche su cartaceo. Si esercita su due ambiti di valutazione: medica e infermieristica. Anche quest’ultimo viene numericamente quantificato attraverso score: score= 0 con IDA 20-28 Bassa Complessità; score= 1 con IDA 12-19 Media Complessità; score= 2 con IDA 7-11 Alta Complessità.

2.2 Il concetto di performance dell’assistenza infermieristica

Quanto finora espresso mostra come il concetto di complessità di assistenza infermieristica sia un insieme di prestazioni definite in intensità di impegno. Un sistema informativo adeguatamente strutturato è alla base di una politica di qualità dell’assistenza infermieristica, ma anche di qualità dell’assistenza globale. Questo genere di strumento è utile affinché vengano rappresentate tutte le attività assistenziali svolte e le proprie applicazioni (Di Mauro, 2012). Tutte le attività assistenziali svolte vengono in letteratura identificate con il termine prestazioni, la cui rappresentazione in relazione alla complessità assistenziale ne dà una definizione di *performance*. La performance si sviluppa con l’applicazione del processo di assistenza infermieristica, valutata dalla maggior parte dai sistemi della rilevazione della complessità in funzione del tempo dedicato o da dedicare all’assistenza; ma il tempo e le competenze richieste spesso non si relazionano al contesto. Il *Sistema Informativo della Performance Infermieristica (SIPI)* è uno strumento in grado di sviluppare dati oggettivi e confrontabili, classificando dei profili di complessità assistenziale che collocano le persone nelle Unità Operative delle Aziende Sanitarie. Neanche i DRG (*Diagnosis Related Group*), che raggruppano gli assistiti in categorie con caratteristiche cliniche analoghe, esprime il peso dell’assistenza infermieristica. A tal proposito già nel 1985 è stato elaborato il *Nursing Minimum Data Set (NMDS)*, contenente un insieme di elementi e categorie relative all’assistenza infermieristica. Nello specifico sono contenuti 16 elementi classificati in tre categorie:

- **Elementi di assistenza infermieristica**
 - Fenomeni
 - Interventi
 - Risultati (esiti/outcomes)
 - Intensità dell’assistenza infermieristica
- **Elementi demografici**
 - Identificazione della persona assistita
 - Data di nascita
 - Sesso
 - Etnia
 - Indirizzo
- **Elementi di natura organizzativa**
 - Numero di unità operative
 - Numero di cartella clinica della persona
 - Codice di riferimento dell’infermiere responsabile
 - Data di ricovero
 - Data di dimissione
 - Prescrizione
 - Sistema sanitario nazionale.

Tutti gli elementi fin qui elencati, rappresentano però solo una parte dei dati utili al considerazione del peso dell’assistenza infermieristica; infatti la NMDS non è altro che la cartella infermieristica (Moiset et Vanzetta, 2009).

Al fine di completare quanto iniziato nel 1985, e per oggettivare quanto pianificato e attuato con l’assistenza infermieristica viene usato il SIPI, il quale prevede la creazione di un modello per l’elaborazione di griglie di rilevazione basati su dati rappresentativi dell’assistenza, che forniscano un quadro sintetico ma esaustivo della Performance infermieristica e che permettano la definizione dei profili di complessità dell’assistenza infermieristica. A tal proposito la NMDS diventa la fonte da cui estrapolare i dati (Viganò, 2007). La definizione dei profili di complessità assistenziale consente di adattare la risposta dell’organizzazione sanitaria ai bisogni di ciascun assistito e rendere visibile

NMDS	SIPI
Elementi di assistenza infermieristica Fenomeni Interventi Risultati Intensità dell’assistenza infermieristica	Elementi informativi di assistenza infermieristica Prestazioni infermieristiche Complessità percepita dell’assistenza
Elementi demografici Identificazione della persona assistita Data di nascita Sesso Etnia Indirizzo	Elementi informativi demografici Identificazione della persona assistita
Elementi di natura organizzativa Numero di unità operative Numero di cartella clinica Codice di riferimento dell’infermiere responsabile Data di ricovero Data di dimissione Prescrizione Organismo che finanzia i ricoveri	Elementi informativi di natura organizzativa Numero di cartella clinica Codice dell’azienda Identificazione delle unità operative Codice di riferimento dell’infermiere responsabile Data di rilevazione dati

Tabella 1: Confronto elementi di NMDS e

la performance infermieristica all’interno del processo di cura. I presupposti indispensabili per l’applicazione del SIPI, perché questo sia rappresentativo dell’assistenza infermieristica sono:

- La conoscenza del modello delle performance da parte di tutti gli infermieri coinvolti nel processo, così da utilizzare un linguaggio comune nella raccolta dei dati;
- La definizione degli ambiti di intervento degli operatori coinvolti, così da definire la quantità di infermieri e operatori di supporto utili a quel profilo.

Per questo motivo è indispensabile che tutti gli operatori condividano il metodo, che lo usino sistematicamente e che i dati vengano recuperati dalla documentazione infermieristica debitamente compilata. Per definire, dunque, la performance infermieristica sulla base delle tre categorie riconosciute sono stati selezionati otto elementi utili allo scopo del SIPI:

- **Elementi informativi di assistenza infermieristica**
 - Prestazioni infermieristiche rappresentative della complessità dell’assistenza infermieristica
 - Complessità percepita dell’assistenza infermieristica
- **Elementi informativi demografici**
 - Identificazione della persona assistita
- **Elementi informativi di natura organizzativa**
 - Numero della cartella clinica della persona
 - Codice dell’azienda
 - Identificazione delle unità operative
 - Codice di riferimento dell’infermiere responsabile
 - Data di rilevazione dei dati (Tabella 1)

L’utilizzo del modello delle prestazioni infermieristiche è utile anche ad evidenziare le azioni effettuate che siano rappresentative della complessità assistenziale, ad esempio non vengono prese in considerazione le azioni svolte per tutte le persone come la registrazione dei dati in cartella o le azioni di base quali ad esempio, lavarsi le mani o identificare il paziente; o anche le azioni di urgenza svolte eccezionalmente. Tutte queste attività fanno parte di un’assistenza di base quantificata già dal sistema sanitario in 120 minuti nelle 24 ore per persona. Il SIPI, quindi, identifica i profili caratteristici di complessità assistenziale partendo dai 120 dell’assistenza di base.

La griglia di rilevazione è formata da due sezioni:

- Sezione 1: elementi informativi di natura demografica e organizzativa
 - Sezione 2: prestazioni infermieristiche rappresentative nello specifico: la complessità percepita dall’infermiere rilevatore; le prestazioni infermieristiche significative, a loro volta distinte in item; una correlazione tra gli item e il peso assistenziale che assumono.
- La complessità percepita da parte dell’infermiere viene definita prima della compilazione della sezione 2; in caso di percezione alta in presenza di punteggio che esprime bassa complessità assistenziale è necessario analizzare la documentazione assistenziale delle persone assistite. In caso di percezione bassa in presenza di punteggio che esprime alta complessità assistenziale è necessario analizzare la consapevolezza degli infermieri riguardo la complessità assistenziale delle persone assistite di cui hanno

cura (Viganò, 2007).

3. La valutazione della qualità assistenziale

3.1 Gli outcomes infermieristici

Una lettura oggettiva e confrontabile dei fenomeni assistenziali favorisce la misurazione degli esiti. Definire quali sono i risultati di un servizio è complicato, secondo Palese et al. in uno studio condotto nel 2008 sarebbe utile disporre di un set di esiti che possa consentire di:

- documentare i cambiamenti dello stato di salute dei pazienti, dipendenti dagli infermieri;
- attivare strategie per migliorare gli esiti nelle realtà che non esprimono i risultati attesi e accettabili;
- progettare strumenti di documentazione dell’assistenza focalizzati sugli esiti da perseguire;
- focalizzare la preparazione degli studenti sugli esiti clinici;
- sviluppare atteggiamenti di *caring* che rendano pratico il concetto teorico di presa in cura;
- sostenere i direttori dei servizi nella definizione delle risorse necessarie all’assistenza.

Non esistendo ancora una definizione universale; per *nursing outcomes* o *nursing sensitive outcomes*, si intende un comportamento o una percezione misurabile del paziente fortemente influenzata dalle cure infermieristiche (Palese et al., 2008). Generalmente sono meno esposti a rischi e/o complicanze i pazienti gestiti da un numero adeguato di infermieri, ma non sempre gli eventi avversi sono associati alla carenza di risorse quanto alla non conoscenza degli infermieri. Quando si presentano eventi avversi la letteratura parla di esiti denominati *failure to rescue*, ma la qualità assistenziale praticata dagli infermieri può ridurre gli esiti negativi. Gli esiti definiti positivi sono quelli associati al ruolo infermieristico di promozione autocura e/o adattamento alla malattia. Quando si parla di outcomes, la letteratura risponde con un riferimento alla classificazione elaborata dall’Università dello Iowa, in cui vengono trattati 330 esiti ritenuti sensibili alle prestazioni infermieristiche. Il modello del *Nursing Outcomes Classification (NOC)*, presenta tuttavia diversi limiti tra cui, la traduzione e validazione nel contesto italiano e inoltre anche la poca flessibilità del metodo alla variazione delle condizioni cliniche della persona; gli esiti spesso corrispondono ad un problema della persona non alle prestazioni infermieristiche, un singolo problema e legato a molteplici diagnosi pertanto gli esiti si risolvono talvolta a cascata con la risoluzione del problema della persona assistita. Un esito o outcomes definisce il risultato finale di un processo, e la definizione di esso in indicatori consente di misurare come il paziente risponde agli interventi sanitari. Gli indicatori possono essere stabiliti dalla letteratura o in caso di carenza scientifica anche dagli operatori tramite sistemi di consenso. La misurazione degli esiti sensibili alle cure infermieristiche favorisce l’empowerment degli infermieri sugli outcomes, supporta il management infermieristico e la policy sulla qualità e sicurezza delle cure (Seligardi, 2017).

Secondo la classificazione di Donabedian del 1966 è possibile definire tre tipologie di esiti:

- **Indicatori di struttura:** identificano gli attributi del contesto in cui avvengono le cure, in-

Indice	Variabili	Score
1	Monitoraggio parametri vitali (parametri vitali, bilancio idrico)	9
2	Infusioni (ogni farmaco ev, esclusi vasoattivi)	6
3	Ventilazione meccanica	12
4	Somministrazione O ₂ (escluso 3)	3
5	Un farmaco vasoattivo (infusione continua)	7
6	Più di un farmaco vasoattivo (qualunque tipo - infusione continua)	12
7	Ultrafiltrazione, Dialisi, CEC (ogni metodica) (Continuous Extracorporeal Circulation)	6
8	Interventi straordinari in TI (attività non di routine clinica)	
9	Interventi fuori da TI (ogni uscita dal reparto - esclusa dimissione)	6

La voce 3 esclude la 4. La voce 6 esclude la 5 se presente

Figura 2: Scala NEMS

cludendo sia le risorse materiali che le risorse umane, sia l’articolazione delle responsabilità;

• **Indicatori di processo:** identificano cosa viene effettivamente fatto durante l’erogazione di assistenza, tra cui le attività svolte per la formulazione di una diagnosi, o le cure infermieristiche o le modalità di interazione con il paziente;

• **Indicatori di esito:** descrivono gli effetti della cura e dell’assistenza sullo stato di salute dei pazienti, compreso i gradi di miglioramento della consapevolezza della persona.

Un indicatore di esito ideale dovrebbe essere in grado di identificare l’effetto dell’assistenza prestata in termini di salute e benessere della persona (Mongardi et Bassi, 2015).

Secondo Idvall et al., (1997) sono quattro gli elementi da considerare nella definizione degli outcome infermieristici: gli aspetti specifici dell’assistenza infermieristica (es. l’applicazione delle diagnosi infermieristiche); la patologia; gli aspetti generali dell’assistenza, come l’U.O., il personale coinvolto; la tipologia di paziente e il profilo di complessità precedentemente definito. E’ necessario individuare solo indicatori di esito effettivamente misurabili, e determinare uno standard di riferimento.

L’erogazione dell’assistenza pretende che venga considerata la valutazione degli esiti. E’ importante che questa nuova visione dell’assistenza cresca su basi scientifiche, senza attribuirsi esiti che non possono avere basi razionali concrete così come è importante pensare a quali sistemi di valutazione degli esiti possono essere più appropriati nella realtà professionale italiana, dove il campo d’azione dell’infermiere ha dei confini sfumati, con funzioni che si fondono e si confondono con altre figure professionali. Studi sull’effettiva possibilità di applicare la tassonomia NOC in Italia, ricercando il consenso sugli esiti e sugli indicatori individuati, ed analizzando l’effettiva significatività in termini di variazioni dello stato di salute della persona, potrebbe essere una base di partenza per la definizione o l’adattamento di un sistema di valutazione degli esiti che consenta realmente la visibilità oggettiva del contributo che la figura infermieristica offre nel miglioramento globale della persona assistita (Germini et al.,2010).

4. La complessità assistenziale in terapia intensiva

4.1 L’evoluzione dei sistemi di valutazione in terapia intensiva

La valutazione della complessità assistenziale in terapia intensiva è già stata affrontata sin dagli anni ’70. La prima scala utilizzata è stata la *Therapeutic Intervention Scoring System (TISS)* creata da Callen et al nel 1974; questa scala valuta principalmente la condizione clinica della persona e il numero di procedure terapeutiche svolte. Lo strumento nel 1996 viene riformulato da Miranda e Iapichino con 28 voci, a partire dalle precedenti 54. Utilizza le procedure o atti terapeutici messi in atto sui pazienti per definire la gravità e quindi il peso assistenziale dei pazienti, con un punteggio da 1 a 4 per ciascun atto terapeutico secondo l’intensità del monitoraggio necessario include anche una stima del fabbisogno infermieristico: “1 infermiere esperto per turno ogni 50 punti TISS”. Da questo strumento è stato in seguito formulato il *Nine Equivalent of Manpower Score (NEMS)* con 9 voci e successivamente nel 2003 il *Nursing Activities Score (NAS)* articolato in 13 aree che corrispondono alle attività infermieristiche svolte in terapia intensiva (Lucchini et al., 2008).

4.2 NEMS e NAS a confronto

In questo paragrafo vengono trattati gli ultimi due strumenti di rilevazione della complessità assistenziale in terapia intensiva NEMS e NAS, trattandone le loro caratteristiche e quanto specificato dalla letteratura nel privilegiare l’utilizzo di uno o l’altro strumento.

Il NEMS è un sistema costituito da 9 item, a cui il punteggio associato varia da 9 a 46, ciascun punto equivale a 10 minuti di assistenza per turno e 46 punti equivalgono a 1440 minuti necessari di assistenza al giorno) (figura 2); la sua compilazione è molto semplice e per questo viene usato in diverse terapie intensive (Lucchini et al.,2008).

La principale difficoltà rilevata con il NEMS è che la complessità clinica rilevata molto spesso non corrisponde ad un aumento della complessità assistenziale, poiché tende a fornire valori tendenzialmente alti condizionati dallo stato

clinico della persona, ma non tiene conto dei bisogni della persona. Il NAS si formula in 13 aree e 23 item ed esprime un punteggio in percentuale, ad esempio 50% indica un rapporto infermiere/ persona assistita 1 a 2) (Figura 3); ha un punteggio che varia da 0 a 177 ed è stata creata una classificazione della complessità assistenziale che renda più comprensibile il sistema di rilevazione:

- 0-50 → bassa complessità;
- 51-75 → media complessità;
- 76-100 → alta complessità;
- >100 → complessità molto alta (Mattiusi, 2011).

Il NAS risulta più sensibile a rilevare le necessità assistenziali infermieristiche, anche se comporta maggiore impegno nella compilazione e nell’assegnazione dei punteggi con il rischio di dar valutazioni soggettive (Fiaschi et Lotti, 2007).

In uno studio condotto nel 2008 da Lucchini et al. in merito ai due metodi di valutazione in una terapia intensiva polivalente, si è mostrato che l’utilizzo del punteggio NEMS ha permesso di evidenziare come la necessità infermieristica non fosse sufficiente per la complessità assistenziale richiesta. Il valore di NAS invece è risultato ±8.28 maggiore rispetto gli atri studi precedentemente condotti in letteratura in cui si valutavano solo assistiti in contesto post-operatorio. Nel suddetto studio, invece, si presenta un case-mix di pazienti, e questo rende senza dubbio vario il risultato.

Come già anticipato la compilazione del NEMS

è semplice ma non tiene conto di alcune condizioni cliniche che possono avere delle incidenze sulla rappresentatività della complessità assistenziale infermieristica. Ad esempio una persona con incontinenza fecale richiede un impegno assistenziale notevole nel corso dei turni di lavoro, ma assume un carico assistenziale minore che una persona in terapia con farmaci vasoattivi, ma questo limite potrebbe essere considerata un’eredità storica in quanto, alla nascita del NEMS la somministrazione di farmaci vasoattivi comportava un carico maggiore poiché non esisteva un supporto tecnologico di monitoraggio e/o di infusioni continue.

Il NAS è molto più dettagliato e ha dato la possibilità di suddividere le persone assistite in categorie, o meglio in profili che rappresentassero un relativo peso corrispondente. Ne è derivato che i pazienti chirurgici hanno minor peso in relazione all’assistenza infermieristica di un paziente medico. Questa differenza deriva dal fatto che i pazienti chirurgici hanno una degenza in terapia intensiva post-operatoria per monitoraggio compreso in un periodo di 24-48 ore; i pazienti medici, invece, se necessitano di ricovero in terapia intensiva non è per monitoraggio quanto per deterioramento di funzioni vitali con tempi di ricovero più duraturi. Il NAS tiene conto delle necessità assistenziali della persona con condizione clinica medica non chirurgica ma tende a sovrastimare le necessità dei pazienti sottoposti ad ECMO, che attualmente è da considerare sovrapponibile alle necessità dei pazienti in emofiltrazione.

Mentre il NEMS per la sua semplicità può non essere condiviso da tutto il personale, il NAS invece per quanto sia più completo necessità di essere condiviso da tutto il personale per essere adeguatamente compilato e per questo, spesso ci si avvale di supporti informatici per il calcolo del punteggio; facilmente rilevabile con il NEMS. Per questo motivo le terapie intensive tendono a utilizzare quest’ultimo strumento, anche se descrivo il fabbisogno assistenziale solo per il 50%, poiché il restante 50% è dedotto dalla gravità clinica della persona. Mentre nel NAS più dell’80% valuta il fabbisogno assistenziale.

In un altro studio condotto da Mattiusi nel 2011, si evince ancora una volta la migliore capacità della scala NAS di far emergere in modo reale il carico assistenziale, ma ha, ugualmente al precedente studio, constatato la sovrastima di alcune tipologie di pazienti; poiché questo strumento prevede una compilazione relativa alle 24 ore e generalmente le terapie intensive subiscono la valutazione di complessità assistenziale una volta per turno.

In questo studio si è notato che lo strumento trova anche una forte relazione con altre scale di valutazione e specifiche condizioni cliniche, in particolare, riguardo la correlazione tra NAS, RASS e ventilazione si è dedotto che a persona sedata e ventilata ha un maggiore carico assistenziale rispetto ai pazienti svegli in ventilazione spontanea. Il valore del NAS è soggetto a diverse variazioni legate alle scale (ad esempio se RASS>=1, il NAS aumenta anche se il paziente non è sedato ma agitato); ai tempi di degenza e dall’attività svolta fuori dal reparto. Un ulteriore studio condotto da Carmona-Monge nel 2013 ha riscontrato che il fabbisogno infermieristico correlato alla complessità assistenziale è superiore nei punteggio della scala NAS rispetto a quello valutato nella scala NEMS.

La rilevazione quotidiana del fabbisogno assistenziale oltre a fornire alle dirigenze la necessità di riorganizzazione delle risorse per ridurre gli eventi avversi (outcomes negativi), è anche utile per monitorare il livello di performance infermieristica in relazione al livello di gravità della persona assistita.

CONCLUSIONI

Alla luce di quanto descritto nell’elaborato, si possono trarre degli spunti di riflessione che potrebbero essere oggetto di interesse per ulteriori studi. In particolare la definizione di complessità assistenziale risulta ancora di molteplici interpretazioni, così i sistemi di valutazione

NAS (Nursing Activities Score). Voci e punteggi.

1 - Monitoraggio e di titolazione:

- a) monitoraggio orario segni vitali, regolare registrazione e di calcolo del bilancio idrico: 4.5
b) osservazione attiva e nursing per 2 ore o più per turno (per motivi di sicurezza, di gravità, o come terapia di ventilazione meccanica non invasiva, per procedure di svezzamento, agitazione, disorientamento mentale, posizione prona, procedure di donazione, preparazione e la somministrazione di fluidi o farmaci, assistenza procedure specifiche: 12.1
c) per letto e attiva per 4 ore o più: 19.6

2 - Laboratorio, biochimici e microbiologici indagini: 4.3

3 - Medicinali, vasoattivi farmaci esclusi: 5.6

4 - Procedure igieniche

- a) Esecuzione di procedure in materia di igiene, come medicazione di ferite e cateteri intravascolari, cambio della biancheria, il lavaggio paziente, incontinenza, vomito, ustioni, ferite perdite, medicazione con irrigazione, procedure speciali (ad esempio isolamento tecnico del paziente, etc.): 4.1
b) Procedure in materia di igiene che richiedono più di 2 ore per turno: 16.5
c) Procedure in materia di igiene che richiedono più di 4 ore per turno: 20.0

5 - Cura di drenaggi, tutti (tranne tubo gastrico): 1.8

6 - La mobilitazione e il posizionamento, comprese procedure quali: trasportare il paziente; mobilitazione del paziente; movimentazione dal letto alla sedia; postura prona.

- a) procedura di mobilitazione fino a tre volte per 24 ore: 5.5
b) Procedura eseguita più frequentemente di 3 volte per 24 ore, o con due infermieri, qualsiasi frequenza: 12.4
c) Procedura eseguita con tre o più infermieri, qualsiasi frequenza 17.0

7 - Assistenza e cura dei parenti e del paziente, comprese le procedure, come le telefonate, interviste, consulenza;

- a) sostegno e cura del paziente o di parenti o che richiedono la piena dedizione per circa 1 ora, in ogni turno: 4.0
b) assistenza e cura del paziente o di parenti o che richiedono la piena dedizione per 3 ore o più per turno (gestione del lutto, morte cerebrale, gran numero di parenti, problemi linguistici, parenti ostili): 32.0

8 - Gestione amministrativa

- a) Esecuzione di compiti di routine, quali il trattamento dei dati clinici, sistemazione di esami, scambio di informazioni (ad esempio: riunioni di reparto): 4.2
b) esecuzione di compiti amministrativi e gestionali che richiedono la piena dedizione per circa 2 ore per turno come le attività di ricerca, i protocolli in uso, le procedure di ammissione e di dimissione del paziente: 23.2
c) esecuzione di compiti amministrativi e gestionali che richiedono la piena dedizione per circa 4 ore o più di tempo, come la morte e la donazione di organi procedure, il coordinamento con le altre discipline: 30.0

Supporto ventilatorio

9 - Supporto ventilatorio: qualsiasi forma di ventilazione meccanica / ventilazione assistita con o senza dispositivi di pressione di fine espirazione, con o senza miorilassanti, respirazione spontanea, con o senza tubo endotracheale, ossigeno supplementare con qualsiasi metodo: 1.4

10 - Cura delle vie respiratorie artificiali: tubo endotracheale o Cannula tracheostomica: 1.8

11 - Trattamento per migliorare la funzionalità polmonare: fisioterapia del torace, spirometria di incentivazione, la terapia inalatoria, broncoaspirazione: 4.4

Supporto cardiovascolare

12 - Farmaci vasoattivi (non tener conto di tipo e dose): 1.2

13 - Terapia infusiva maggiore di 3 l/m2 superficie corporea/die: 2.5

14 - Presenza catetere di swan-ganz: 1.7

15 - Rianimazione cardiopolmonare dopo arresto nelle ultime 24 ore: 7.1

Sostegno renale

16 - Emofiltrazione continua, tecniche di dialisi: 7.7

17 - Diuresi oraria: 7.0

Nursing neurologico

18 - Misurazione della pressione intracranica: 1.6

Sostegno metabolico

19 - Trattamento di acidosi metabolica/alcalosi complicate: 1.3

20 - Nutrizione parenterale totale: 2.8

21 - Nutrizione enterale: 1.3

Interventi specifici

22 - Intervento/i specifici in terapia intensiva: 2.8

Intubazione endotracheale, inserimento di pace-maker, cardioversione, endoscopie, chirurgia d’emergenza nelle precedenti 24 ore, lavanda gastrica; Non sono inclusi interventi di routine, senza conseguenze dirette per le condizioni cliniche del paziente, come ad esempio: radiografia ecografia, elettrocardiogramma, o inserimento di linea venosa arteriosa o cateteri.

23 - Interventi specifici al di fuori delle unità di terapia intensiva, interventi chirurgici o procedure diagnostiche: 1.9

Nei gruppi 1, 4, 6, 7, e 8 deve essere selezionato una sola voce (a, b oppure c).
Le voci rappresentano la percentuale di tempo trascorso da un infermiere per l’attività.

Figura 3: scheda di valutazione NAS.

► CONTINUA DA PAGINA 13

trovano collocazione eterogenea nelle diverse unità operative. In merito all'argomento di interesse del presente lavoro mirato all'utilizzo degli strumenti di rilevazione in terapia intensiva, gli studi precedentemente riportati ne sottolineano i campi di forza e debolezza di ciascuno non specificando deliberatamente quale strumento potrebbe essere più idoneo allo scopo prestabilito. Infatti l'utilizzo di punteggi numerici definiti, permette di definire il fabbisogno infermieristico in terapia intensiva. E il calcolo dei minuti di assistenza ad essi correlati permette di riorganizzare le attività in base ai casi mix presenti al momento della valutazione (Lucchini et al., 2008). Sono stati trattati le principali caratteristiche di NEMS e NAS che definiscono il perché della scelta di uno o l'altro strumento. Anche in questo caso la letteratura non esprime un consenso univoco in merito, ma descrive più casi di utilizzo della scala NEMS, di più semplice utilizzo a discapito della NAS più completa ma più complessa nella sua elaborazione. Il mutamento demografico della popolazione e l'aumento della complessità dei bisogni di salute della persona, l'evoluzione delle tecnologie sanitarie che offrono approcci chirurgici e terapeutici sempre più sofisticati che inevitabilmente influenzano i processi sanitari; la multidisciplinarietà che influenza le scelte terapeutiche e che richiede un coordinamento operativo nei processi erogativi, al fine di evitare conflitti professionali; la coniugazione tra ricerca e assistenza per un approccio basato sull'evidenza; sono tutti elementi che ai fini della valutazione della complessità assistenziale assumono ruoli incidenti che mirano anche alla variazione della scelta dei corretti strumenti da utilizzare. Gli ospedali su questa base, negli ultimi decenni hanno riformulato il loro aspetto organizzativo mantenendo come base il processo assistenziale riferito ai bisogni di assistenza e dagli esiti derivanti dalla scelta delle prestazioni effettuate (Rea, 2015). Infatti le aziende basate su una organizzazione che tenga conto solo di aspetti clinici per l'allocation del paziente negli ultimi anni si è rivelato inappropriato. Infatti lo scopo delle valutazioni della complessità assistenziale oltre alla stima del fabbisogno di risorse umane è quello di trovare giusta collocazione della persona assistita in seguito ad aver definito il loro livello di gravità assistenziale nelle unità operative, al fine di garantirne un'assistenza di qualità spesso correlata solo alla condizione generale e non a quella di richiesta assistenziale (Mattioli, 2011).

Alla base di quanto esplicitato nel presente lavoro l'utilizzo di un processo pianificato che tenga conto dei bisogni espressi dalla persona, della condizione clinica (a patto che non si consideri solo quella), degli outcomes correlati alle performance infermieristiche e la valutazione oggettiva di complessità assistenziale pone le basi per un miglioramento della qualità assistenziale, ecco perché negli ultimi decenni si volge l'attenzione ad una riorganizzazione aziendale basata sull'intensità di cure.

Bibliografia dell'articolo consultabile tramite richiesta presso sede OPI Sondrio.

* infermiera c/o S.C. Anestesia- Rianimazione ASST Valtellina- Alto Lario presidio di Sondalo.

RESPONSABILITÀ PROFESSIONALE: nasce la polizza pensata per gli infermieri

La polizza, obbligatoria per tutti (legge 24/2017), ma sottoscrivibile su base volontaria, si caratterizza per un massimale di 5 milioni, il prezzo annuale attualmente più basso sul mercato (22 euro) per coprire responsabilità civile professionale, responsabilità patrimoniale, responsabilità civile per colpa grave e per danno erariale. Nei prossimi giorni sarà accessibile dal sito www.fnopi.it

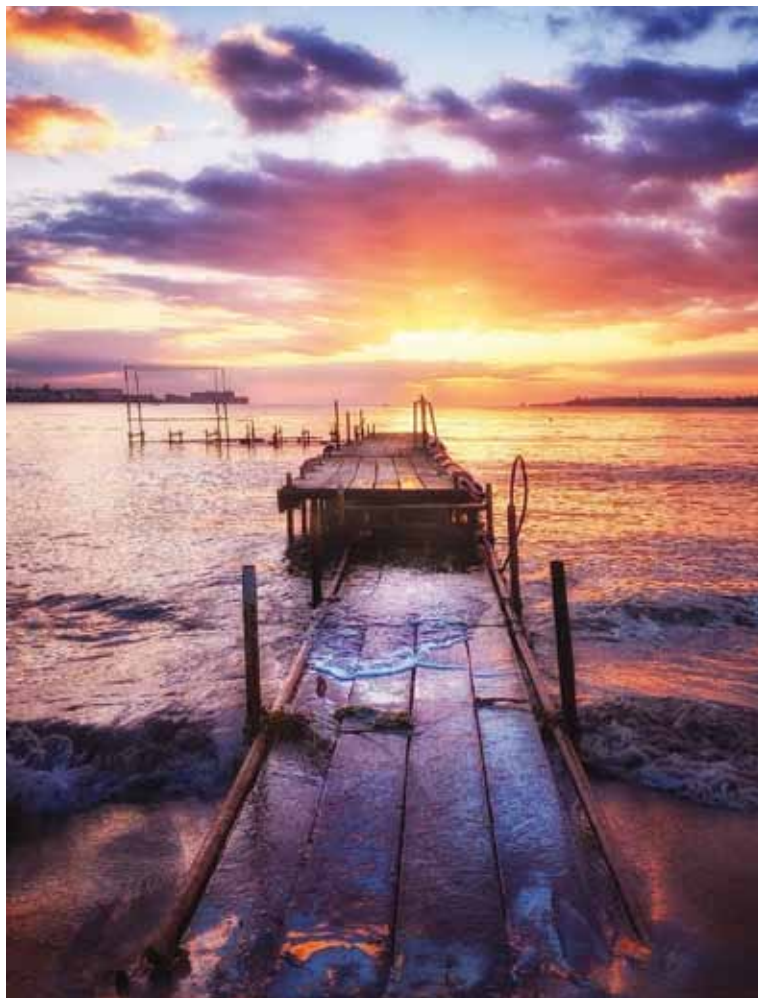
Il maggior Ordine professionale italiano, quello degli Infermieri, lancia, **a partire da gennaio 2019**, la polizza assicurativa per responsabilità per colpa lieve, grave ed erariale, come previsto dalla legge 24/2017 (legge "Gelli"), con una delle maggiori compagnie assicurative nazionali, **Unipol Sai**.

La polizza proposta, **obbligatoria per tutti gli infermieri ma sottoscrivibile su base volontaria**, si caratterizza per **un massimale di 5 milioni di euro, al prezzo annuale attualmente più basso sul mercato (22 euro)** per coprire la responsabilità civile professionale, la responsabilità patrimoniale, la responsabilità civile per colpa grave e quella per danno erariale. **Il risultato è stato raggiunto grazie a due gare europee bandite dalla Federazione nazionale degli Ordini delle professioni infermieristiche (FNOPI)** a partire da un anno fa, prima per identificare il broker necessario all'operazione - l'associazione temporanea di impresa **Marsh-Morganti Insurance brokers**, specializzata nel ramo sanitario - e poi per stabilire e stipulare la polizza che, trascorsi i necessari tempi di legge dall'aggiudicazione, è stata sottoscritta ufficialmente il 28 dicembre.

Un'unica soluzione assicurativa quindi, accessibile a tutti gli Iscritti all'Albo degli infermieri e infermieri pediatrici (**oltre 445mila professionisti di cui almeno 385mila in attività**), per tutelare qualunque forma di attività lavorativa: in regime di dipendenza per conto del Ssn, quella presso strutture sanitarie o sociosanitarie private l'attività in regime di libera professione e quella svolta tramite le cooperative, o anche una combinazione tra queste e tutte le funzioni esercitate compreso il coordinamento e la direzione.

I punti di forza del servizio, che sarà accessibile dal sito della Federazione (www.fnopi.it) nei prossimi giorni, rinviando il professionista alla piattaforma assicurativa per espletare tutti gli aspetti legati alla sottoscrizione, sono:

• **apertura del sinistro fin dalla**



ricezione di comunicazione secondo quanto prescrive l'articolo 13 della legge 24/2017 (la legge "Gelli"): "Obbligo di comunicazione all'esercente la professione sanitaria del giudizio basato sulla sua responsabilità" da parte dell'Azienda di appartenenza;

• **retroattività illimitata;**
• **postuma decennale:** dopo la

pensione con un solo premio annuale si è coperti per richieste danni che dovessero pervenire nei dieci anni successivi;

• **massimale** di 5 milioni di euro;
• **copertura anche per i danni di natura patrimoniale** legati ad ambiti amministrativi e gestionali;
• **nessuna franchigia** e/o scoperto;

• **premio annuo lordo di 22 euro.** I risultati sono da considerare unici sul mercato assicurativo e anche i pensionati possono stare tranquilli. La polizza in convenzione contiene tutte le coperture previste dalla legge 24/2017 ed **eventuali coperture opzionali (come la tutela legale) possono essere valutate ed eventualmente acquistate attraverso la libera adesione a polizze con contraenza individuale** proposte per il tramite del broker Marsh - Morganti Insurance Brokers che fornirà le dovute informazioni al numero verde (Nurse Help Desk): 800433980 (orari: 9/13 e 14/17).

Informiamo, inoltre, che la FNOPI ha ottenuto dalla compagnia assicuratrice una significativa agevolazione temporale per cui chi sottoscriverà la polizza entro il 31 gennaio 2019 entrerà in copertura con decorrenza 1/1/2019, beneficiando della piena retroattività. La polizza in convenzione contiene tutte le coperture previste dalla legge 24/2017 ed eventuali coperture opzionali (come la tutela legale) possono essere valutate ed eventualmente acquistate attraverso la libera adesione a polizze con contraenza individuale proposte per il tramite del broker Marsh - Morganti Insurance Brokers che fornirà le dovute informazioni al numero verde (Nurse Help Desk): 800433980. **ACCESSO ALLA PIATTAFORMA** <http://www.fnopi.it/static/responsabilita-sanitaria.htm>



POLIZZA DI RESPONSABILITÀ CIVILE PROFESSIONALE PER IL PERSONALE APPARTENENTE ALLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE

LE PRINCIPALI CARATTERISTICHE DI POLIZZA richiesta al mercato mediante procedura di gara:

un'unica **soluzione assicurativa**, accessibile da parte di tutti gli Iscritti all'Albo degli Infermieri o Infermieri Pediatrici, per tutelare:

- attività svolta in regime di dipendenza per conto del SSN;
- attività svolta presso Strutture Sanitarie o Sociosanitarie private;
- attività svolta in regime di libera professione;
- attività svolta per il tramite di cooperative;

Punti di forza:

- apertura del sinistro fin dalla ricezione di comunicazione ex Art. 13 L. 24/2017 (c.d. legge "Gelli") da parte dell'Azienda di appartenenza;
- **Retroattività illimitata;**
- **Postuma decennale**
- **Massimale pari a €5.000.000;**
- Coperti anche danni di natura patrimoniale legati ad ambiti amministrativi e gestionali
- nessuna franchigia e/o scoperto;

Preventivo e Attivazione della polizza **tramite apposita piattaforma informatica** di semplice utilizzo con accesso dal portale **www.fnopi.it** attraverso apposita area dedicata

La presente scheda ha finalità di marketing e non impegna il broker o l'assicuratore per il quale valgono le condizioni contrattuali presenti nel fascicolo informativo e sottoscritte dalle parti. Leggere attentamente il DIP e Fascicolo Informativo di polizza fornito.

La relazione tra l’infermiere e la persona con disabilità

di Negri Lucia*

“L’infermiere orienta la sua azione al bene dell’assistito di cui attiva le risorse sostenendolo nel raggiungimento della maggiore autonomia possibile, in particolare, quando vi sia disabilità, svantaggio, fragilità.” (Articolo 7 del codice deontologico del 2009). Questo è quello che ci viene richiesto dalla nostra professione in materia di disabilità e fragilità. Ma come avviene, nella pratica clinica, questa relazione di aiuto e cosa possiamo fare come professionisti? Per provare a dare una risposta a questo quesito vorrei raccontare la mia esperienza. Mi sono laureata nel 2012 e lavoro presso la RSD della Cooperativa Sociale San Michele dal 2013. Il mio primo incontro con la disabilità, però, risale al 2011, durante l’esperienza di tirocinio svolta proprio nella Cooperativa. La mia prima impressione è stata molto diversa da quello a cui uno studente infermiere, ingenuo e naturalmente inesperto si può aspettare: si viene subito accolti da un clima familiare, colorato e molto rumoroso; gli ospiti sono curiosi e affascinati dalla novità, lo dimostrano manifestando le loro diverse particolarità e ci si presenta una realtà completamente diversa da quello che si può immaginare quando si parla di disabilità. Ogni utente ha le sue sfaccettature, il suo carattere, tutti vogliono dare del loro e tu non puoi fare altro che imparare da loro. È stata un’esperienza molto significativa per la mia professione. Oggi, dopo sei anni di esperienza in questa realtà lavorativa, rimango ancora colpita da queste persone, dalla loro semplicità e spontaneità ma ovviamente il ruolo e la relativa responsabilità sono cambiati. La

prima cosa da evidenziare è che per gli ospiti è una vera e propria casa, dunque il nostro lavoro deve essere svolto nel rispetto dei loro spazi e delle loro attività. Ovviamente, come in tutte le case, ci sono delle regole che devono essere applicate e rispettate da tutti per rendere la convivenza funzionale e propositiva per tutti, a garanzia di un ambiente stimolante che permetta agli utenti il mantenimento e lo stimolo delle loro capacità residue. Per questo motivo è fondamentale il lavoro d’équipe. All’interno della struttura vi sono infermieri, OSS, educatori e fisioterapisti che collaborano insieme per il benessere e il miglioramento della qualità di vita degli utenti. È fondamentale il confronto multidisciplinare per svolgere al meglio il proprio operato e migliorare la qualità di vita della persona assistita. È una catena ed ogni anello deve essere ben saldo a quello precedente, per questo motivo è fondamentale una buona ed efficace comunicazione. La comunicazione non è importante solo con le altre figure professionali, ma soprattutto con le persone assistite, bisogna creare una relazione d’aiuto efficace. Ogni utente ha il suo modo di comunicare ed esteriorizzare; molti di loro non si esprimono usando le normali forme di comunicazione, dunque è fondamentale entrare in empatia e riuscire ad interpretare i diversi segnali che ci mandano: un comportamento, una smorfia, un atteggiamento insolito che potrebbe passare inosservata ai più, in queste persone può avere un enorme significato che ci può far prestare maggior attenzione anche dal punto di vista sanitario. Come infermieri ci occupiamo principalmente dell’assistenza sanitaria, aambiente, staccarlo

dalla preponderanza della relazione e della conoscenza dettagliata dei singoli ospiti. Tramite l’osservazione e l’interpretazione dei segnali mi sono resa conto di problematiche e patologie che diversamente sarebbero rimaste in secondo piano. Per favorire questo lavoro, come ho già detto, è fondamentale la comunicazione con le altre figure professionali le quali, passando molto tempo a contatto con gli ospiti, sono particolarmente preparate e pronte nell’evidenziare alterazioni. È molto importante imparare da tutti in un ambiente come questo. Personalmente sono riuscita a conoscere in modo approfondito gli ospiti della RSD grazie alla partecipazione a diversi soggiorni fuori dalla struttura: al mare, in montagna e ad alcune gite in città storiche. La disabilità è la problematica predominante ma non deve limitarli nel condurre una vita il più possibile ricca di esperienze. Vivere delle giornate 24 ore su 24 con loro rende la relazione ancora più profonda, ci si immedesima nella persona che si ha davanti e ci si rende conto degli ostacoli che posso avere nello svolgere la propria vita quotidiana, delle barriere architettoniche che si incontrano delle quali non ci rendiamo conto, ma ci si accorge anche della tenacia e della voglia di vivere di queste persone e di quanto possano essere enormi le loro capacità. Parlando con loro, mi sono imbattuta in argomenti di ogni genere, scoprendo che ad ogni problema riescono a trovare una soluzione, alle volte bizzarra ma, alcune volte, decisamente sorprendente e risolutiva, contornata sempre da una particolare spontaneità e semplicità. Spesso ti ritrovi a chiederti come mai non ci ho pensato io. Ho imparato anche



quanto possono essere testardi e allo stesso tempo irresistibili, sono capaci di odiare con la stessa intensità con cui amano e viceversa. Conoscere questa realtà inevitabilmente cambia la propria forma mentis in modo propositivo. Trascorrendo tanti momenti con loro ci si accorge anche del mondo in cui viviamo e di come queste persone vengono percepite dall’“esterno”, questo è un tema che mi ha fatto molto riflettere in quanto come genere umano siamo molto propensi a giudicare senza conoscere, prendendo le distanze dalla diversità. A questo mio dilemma ho trovato una soluzione nelle parole di un’utente: “chi se ne frega, vivono male loro non io”. Ecco, questa è la semplicità di cui parlavo prima nel risolvere i problemi. Da questo c’è molto da imparare. Nel corso della mia esperienza lavorativa ho svolto, inoltre, il ruolo di assistente di tirocinio agli studenti del corso di laurea, alcuni dimostravano subito grande empatia verso le persone ospiti, altri manifestavano timidezza nell’affrontare in prima persona la diversità e nel viverla così da vicino. Ma tutti si sono accorti dell’importanza della comunicazione. Ogni gesto, ogni comportamento, ha una sua motivazione e un suo perché. Credo che per gli studenti questo percorso sia un modo per conoscere una realtà particolare e molto interessante, in grado di aprire la mente verso un

mondo che li mette a confronto con loro stessi. Riuscire ad instaurare una relazione di fiducia può essere costruttivo per ambo le parti, per superare i propri limiti e per rendersi conto che dietro la disabilità ci sono persone autentiche, che non hanno timore nell’essere spontanee, che hanno un vissuto e dal quale ognuno di noi può imparare. Quando si parla di disabilità e di persone fragili non si può non parlare delle persone di riferimento. Fondamentali nella vita della persona assistita, sono depositari del vissuto e della storia del proprio caro; instaurando una buona relazione d’aiuto, fatta di ascolto, trasparenza e concretezza, possono essere un grandissimo aiuto nello svolgere al meglio la nostra professione. Per concludere, dal mio punto di vista, l’assistenza infermieristica con la persona disabile si basa su una relazione d’aiuto efficace. Osservazione, comunicazione ed empatia, insieme alla collaborazione multidisciplinare, sono i cardini del nostro operato. Sapere e saper fare sono elementi fondamentali, ma è il saper essere che ci rende più attenti a quello che ci vogliono dire: prestare attenzione ad ogni comportamento ci aiuta ad aiutarli, conoscerli ed ascoltare aiuta noi ad essere persone e professionisti migliori.

* Infermiera presso Residenza Sanitaria Disabili Coop. San Michele Tirano – Revisore dei Conti OPI Sondrio



Corsi ECM OPI e aperture iscrizioni	DATA	Apert. iscrizioni	LUOGO	Titolo
	Sabato 23.02.19	4.2.2019	Sala Bettini (Faedo V.No)	Dare evidenza all’agire infermieristico nel processo di presa in curadella persona
	1° ed. sabato 16.03.19	1.3.2019	Sala Bettini (Faedo V.No)	Gestione dell’insufficienza respiratoria acuta e cronica
	1° ed. venerdì 12.4.19	28.3.19	Sala Vitali Credito Valtellinese	La normativa contrattuale per le professioni sanitarie: limiti e opportunità
	1° ed giovedì 23.5.19	2.5.19	Sala Bettini (Faedo V.No)	...Siamo in vena?
	1° ed. sabato 8.6.19	27.5.19	Sala Bettini (Faedo V.No)	Le lesioni cutanee difficili: come stilare percorsi assistenziali appropriati
	giovedì 19.9.19	2.9.19	Sala Vitali Credito Valtellinese	Il fenomeno cadute in ambito ospedaliero e residenziale
	2° ed. Giovedì 3.10.19	16.9.19	Sala Bettini (Faedo V.No)	Gestione dell’insufficienza respiratoria acuta e cronica
	2° ed. sabato 19.10.19	1.10.19	Auditorium G.Mascioni (Villa di Tirano)	La normativa contrattuale per le professioni sanitarie: limiti e opportunità
	2° ed. Giovedì 14.11.19	29.10.19	Auditorium G.Mascioni (Villa di Tirano)	Le lesioni cutanee difficili: come stilare percorsi assistenziali appropriati
	2° ed. Giovedì 28.11.19	4.11.19	Sala Bettini (Faedo V.No)	...Siamo in vena?

12 MAGGIO 2019 GIORNATA INTERNAZIONALE DEGLI INFERMIERI

Anche quest'anno, come da tradizione, abbiamo festeggiato in piazza a Sondrio e Tirano il 12 maggio. Agli stand allestiti sono stati numerosi i cittadini che passando hanno potuto usufruire dei controlli di pressione arteriosa e della glicemia; ma ancor più è stato piacevole trovare tanto consenso e approvazione per la nostra professione.



Attestato di benemerenza all'infermiera Maria Teresa Ferrari Direttrice scuole infermieri

Durante una cerimonia presso la casa di riposo Villa Aurelia a San Michele in Bosco in provincia di Mantova, l'Ordine delle professioni infermieristiche della provincia di Sondrio, ha conferito un attestato di benemerenza alla Collega Direttrice Maria Teresa Ferrari quale tributo di riconoscenza per la lunga carriera di formatore di migliaia di Infermieri e per la costante azione di promozione della professione infermieristica. Alla cerimonia, in rappresentanza del Presidente dell'OPI di Sondrio, erano presenti 2 consiglieri dell'Ordine, uno dei quali già studente quando Maria

Teresa Ferrari era Direttrice Didattica, che hanno portato anche i saluti e le congratulazioni del Direttivo OPI della Provincia di Mantova, di tutti gli Ordini provinciali di regione Lombardia, impegnati per le manifestazioni della giornata internazionale degli infermieri sui territori provinciali, e della Università di Milano Bicocca con un messaggio della Professoressa Stefania Di Mauro.

Tra i messaggi di congratulazione pervenuti una bellissima lettera del Collega Pierangelo Spada, che aveva sostituito la Direttrice alla Scuola per Infermieri di Merate e che oggi è direttore del servizio infermieristico all'Istituto



nazionale dei tumori di Milano. La Direttrice Ferrari è sempre stata un significativo esempio di dedizione e riferimento professionale, oltre alla costante presenza in ambito formativo, ha partecipato nel consiglio nazionale della Consociazione Nazionale Associazioni Infermieri; numerosi sono stati i suoi contributi in convegni e congressi e le pubblicazioni che ben rappresentano una vita tutta dedicata a promuovere e migliorare sempre più l'assistenza infermieristica. Quindi il riconoscimento ancor più significativo perché consegnato il 12 maggio è solo un piccolo e doveroso attestato per una Persona a cui noi infermieri di regione Lombardia dobbiamo molto.

Si ritiene doveroso segnalare la partecipazione di tutta la Casa di riposo Villa Aurelia di San Michele al Bosco a questa iniziativa offrendo, in un favoloso contesto degno

delle migliori cerimonie, un rinfresco e un bellissimo bouquet di fiori. Grande risalto è stato dato dal "gazzettino di Mantova" al conferimento dell'attestato di benemerenza. Significativa la sottolineatura da parte dello staff di "Villa Aurelia" dove si conferma che la Direttrice Ferrari è

ancora dispensatrice di consigli alle colleghe Infermiere che qui operano.

Con piacere abbiamo constatato che sono ancora molti i colleghi che passano, in questa splendida struttura, a farle visita testimoniando ancor più la riconoscenza nei suoi confronti.

