

"La parola" a Noi



Tariffa Associazioni senza fini di lucro: "Poste Italiane S.p.A." - Spedizione in abbonamento postale D.L. 353/03 (convertito in legge 27/02/04 n. 46) art. 1 comma 2 DCB TA



Taranto, veduta del Ponte Girevole
foto di Francesco D'Andria



Comitato di Redazione

G. Argese A. Gualano
L. Calabrese G. Mecca
E. De Santis F. Perrucci

Direttore Responsabile
Benedetta Mattiacci

Coordinamento editoriale
e redazionale
Emma Bellucci Conenna

Hanno collaborato:

Benedetta Mattiacci Angelica Ricciato
Emma Bellucci Conenna Alessandra Fiorini
Pio Lattarulo Eleonora Devangelio
Laura Odetto Giuseppe Russo
Marina Quintale Attilio Gualano
Rossella Bastone Francesca Parisi
Monica Cardelicchio Pierpaolo Volpe
Francesca Pulpo A. Espedito

Fotocomposizione e stampa
Stampa Sud spa - Mottola (Ta)
www.stampa-sud.it

Reg. Trib. di Taranto n. 462/94
decreto del 23/03/1994



Questo periodico è associato alla
Unione Stampa
Periodica Italiana

Editoriale	Pag. 3
Dignità	» 4
Lo scompenso cardiaco e la figura dell'infermiere	» 9
Se l'Italia chiude una porta, l'Europa apre un portone	» 14
Assistenza diabetologica e ruolo dell'infermiere	» 19
Linee guide per la stesura di un progetto ambulatoriale infermieristico specialistico	» 31
Dalla parte dell'infermiere	» 38
Comunicato stampa	» 46
Evento Formativo "La professione infermieristica allo specchio"	» 30
Convenzione IPASVI	» 44

Collegio IPASVI Via Salinella, 15

Tel. 099.4592699 - Fax 099.4520427
www.ipasvitaranto.it - info@ipasvitaranto.it

ORARIO ESTIVO DI APERTURA AL PUBBLICO
lunedì - mercoledì - venerdì 9,00- 12,00

AVVISO

La redazione si riserva la valutazione degli articoli inviati, il rimaneggiamento del testo, la pubblicazione secondo esigenze giornalistiche. Il materiale inviato non è restituito.

Le opinioni espresse negli articoli non necessariamente collimano con quelle della redazione.

L'editoriale

Benedetta Mattiacci
Presidente Collegio IPASVI



Cari Colleghi, professione in evoluzione con una serie di novità che vanno dal rinnovo dei contratti all'introduzione della figura dell'infermiere specialista (in questo numero del nostro giornale troverete

l'articolo di una collega che lavora a Cambridge, dove l'infermiere specialista è figura ben delineata ed importantissima), secondo un modello di assistenza disegnato dalle regioni, impegnate nel dare risposte omogenee sull'intero territorio. Impegno delle regioni da un lato, quindi, impegno degli Infermieri su più fronti per coniugare termini come innovazione, occupazione, sviluppo della ricerca con l'universalità del S.S.N. in un quadro di risorse chiare e certe, che per l'anno in corso ammontano a 111 miliardi con una lievitazione a 113 nel 2017 e 114 nel 2018, e con scelte condivise (Dati Nazionali).

Lamentarsi di squilibri territoriali o di scarsi finanziamenti? Più redditizio lavorare al meglio, cercare di ottimizzare esistenze e prestazioni, al fine di un'offerta sanitaria che consenta, ad esempio

- una contrazione della mobilità passiva, il cui peso sul bilancio di alcune regioni è decisamente consistente

- o una contrazione dei ricoveri impropri (la Puglia, secondo una recentissima indagine della Bocconi, conquista la 3° posizione per numero di ricoveri impropri) insieme alla revisione radicale di strutture e rete di servizi per una *"strutturazione di servizi fortemente integrati ed amministrati secondo un modello di efficienza ed appropriatezza, con l'ospedale riservato ad emergenza ed acuzie, con un numero di infermieri territoriali di gran lunga maggiore degli infermieri ospedalieri"*.

Numero di infermieri, nota dolente, come conferma il Rapporto OCSE 2015 secondo il quale nel 2014 l'Italia si è collocata al 24mo posto, su 34, per numero di Infermeri, ...4° per aspettativa di vita con "indicatori di salute a 65 anni peggiori di quelli di altri paesi Ocse". Di che riflettere, in specie se si considerano dati di seguito riportati.

- **In Italia, la destinazione delle risorse della sanità è differenziata nelle tre aree del pae-**

se, sud, centro, nord, rispettivamente con una spesa pro-capite di 22 euro, 50 euro, 126 euro (Rapporto della Corte dei Conti), con inevitabili livelli differenti di servizi

- **In Italia 4,5 milioni di persone vivono in povertà assoluta**
- **In Italia si registrano 84.400 decessi prematuri per inquinamento, su un totale di 491.000 a livello europeo.**
- **Nel nostro Paese, dopo 90 anni di incremento, l'aspettativa di vita sta calando mentre aumentano le malattie croniche.**
- **La percentuale dei cittadini che rinunciano a curarsi è passata in 1 anno dal 26% al 41% (Censis).**
- **In Italia ci sono 4,1 milioni di cittadini non autosufficienti di cui 3,5 milioni anziani (indagine AUSER).**
- **In Italia alle persone con patologie psichiatriche viene disconosciuta la patologia psichiatrica al compimento dei 65 anni, ovvero a 65 anni diventano solamente anziani non autosufficienti.**
- **L'offerta di strutture è sottodimensionata: solo il 2% di anziani che ne hanno necessità è ricoverato in RSA, solo il 3,6% è curato a domicilio, a fronte la media europea con il 5% di anziani ricoverati in RSA e il 7% curati a domicilio.**

Viene da chiedersi: ma lo Stato è davvero in grado di mantenere un Servizio sanitario universale e pubblico? Nel mentre, si assiste alla demolizione del sistema dei piccoli ospedali, alla diminuzione dei PL., all'accorpamento di strutture, alla riconversione.

Noi operatori della salute siamo, così, stretti tra le decisioni dei vertici aziendali e le domande di salute dei cittadini, che continuano a rivolgersi alle strutture ospedaliere per la inadeguatezza della sanità territoriale, della quale si fa un gran parlare, per la quale in Puglia sono stati stanziati milioni di euro, senza costituire un'alternativa valida. Noi operatori siamo stretti tra proclami di prevenzione primaria, diagnosi precoce, educazione e empowerment del paziente, percorsi di cura personalizzati e realtà reale di mancanza di personale, che nella Asl Ta dovrebbe essere "tamponata" con alcune assunzioni, grazie ai recentissimi fondi stanziati dalla Regione. Speriamo bene!



Dott. Pio LATTARULO, Inf., Dirigente del Servizio delle Professioni Sanitarie. Polo Ospedaliero Orientale - ASLTA
 Dott.ssa Laura ODETTO, Inf. pediatrica, Coord. di Dipartimento, AOU Città della Salute e della Scienza di Torino
 Dott.ssa Marina QUINTALE, Inf. presso l' U.O. di Pronto Soccorso della Casa di Cura Mater Dei di Bari.

ABSTRACT

La dignità è uno dei pilastri fondativi della relazione di cura. In ragione del suo “peso”, e perché non venga mai tralasciata, se ne fa riferimento in tutti i principali documenti internazionali e del nostro ordinamento. Nonostante il plurimo e pluralista lodevole impegno, non di rado, accade che si trasformi in un *“dignità su carta”*. Di dignità si parla nei Codici di deontologia infermieristica sin dalla prima stesura, nel 1960, ed è un concetto chiaramente espresso nel Patto Infermiere – Cittadino. Si può dire serenamente che nella trama della dignità è possibile rintracciare il filo conduttore del percorso assistenziale. Non vi può, però, essere dignità solo per il “pigiamato”, non considerando quella persona nella sua interezza, al di là del momento contingente, se non vi è dignità per la “divisa”. Per troppo tempo i piani sono stati contrapposti e non ne è derivato granché in termini di risultato. Pertanto, faremo chiaro riferimento all’identità professionale con tutto quello che ne consegue, compresa la responsabilità derivante.

Parole chiave: dignità – biodiritto – rispetto per la persona assistita – identità professionale

SULLA DIGNITÀ

Il riferimento alla dignità dell’uomo è

determinante per il corretto e continuo sviluppo della società, funge quale insostituibile collante per la tutela dei diritti dell’uomo. Come “principio della dignità umana” s’intende l’esigenza enunciata da Kant come seconda formula dell’imperativo categorico : *“Agisci in modo da trattare l’umanità, tanto nella tua persona come nella persona di ogni altro, sempre anche come un fine e mai unicamente come un mezzo”*¹. Sarebbe interessante pensare alla dignità come ad un concetto immutato nel tempo, un fil rouge che, pur adattandosi plasticamente al tempo ed all’uomo, sia scolpito nella pietra. I fatti dimostrano che così non è. La società attuale riconosce quale leitmotiv l’incertezza, il rischio, la pseudo dinamicità, la messa in discussione dei valori fondanti, la crisi esistenziale, il non più timido riaffacciarsi dei nazionalismi, la caccia al “diverso”. E’, come sostiene Baumann, una società liquida in cui si assiste ad una mercificazione dell’esistenza. E’ necessario attivare quella che, con il linguaggio digitale, possiamo qualificare come una start up: la dignità appartiene a tutte le persone e devono essere lette come illegittime tutte quelle situazioni in cui alcune vite vengono considerate non degne, o meno degne, di essere vissute. Al pari, devono essere considerate illegittime tutte quelle situazioni in cui vie-

¹ Kant I. Fondazione della metafisica dei costumi. Milano: Bompiani, 2015.

ne negata la capacità giuridica, come si suole nelle legislazioni razziali, contesti in cui milioni di persone vengono trattate da “non persone”.

LA DIGNITA' SU CARTA

La concezione di dignità attira inequivocabilmente, a guisa di calamita, l'idea di libertà e, con particolare riferimento al nostro specifico campo d'interazione, l'autodeterminazione. Tutto ciò è contenuto anche nella nostra Carta Costituzionale con particolare notazione agli art. 2, 13 e 32. Vi sono una serie di altri riferimenti tra cui, importante, la Carta dei diritti fondamentali dell'Unione Europea, che in incipit, all'art.1, afferma: *“la dignità umana è inviolabile. Essa deve essere rispettata e tutelata”*. Altrettanto importanti i riferimenti alla dignità contenuti nella Convenzione del Consiglio d'Europa sui diritti dell'uomo e la biomedicina del 1996, la Dichiarazione UNESCO sulla bioetica e i diritti dell'uomo del 2005, la Convenzione di Oviedo del 1997, testo cardine per il biodiritto. *La proliferazione dei riferimenti alla dignità nel sistema del biodiritto contemporaneo è un dato ampiamente rilevato e tutt'altro che sorprendente; la dignità dell'uomo costituisce, come si è scritto, l'unico valore “assoluto” in un contesto informato al relativismo dei valori: la fede nella sua intangibilità è andata gradualmente affermandosi come vera e propria “religione civile” della società secolarizzata.* A tale clausola si fa, pertanto, sempre più frequentemente ricorso, nel dibattito bioetico, quale strumento capace di svolgere un'importante funzione regolativa e di governo della complessità sociale². Viene, così, confermato che la definizione di dignità è parte consistente di un processo in cui la persona assistita è protagonista. Viene da sé che le decisioni della persona potrebbero confluire o interferire

nella sfera di altri individui, per lui significativi o meno. In tal caso, bisogna agire nel rispetto dell'altro, permettendo che emerga l'aspetto relazionale della dignità, però, non intesa come un super diritto o una special guest nel vastissimo campionario di norme di un diritto che, peraltro, nel nostro Stato, tende sempre più a virare dal civil al common law (basti pensare a tutte le sentenze emanate su tematiche etiche sensibili, talvolta anche in contrasto fra loro, ma che in realtà vanno a colmare la *vacatio legis* esistente).

La concezione di dignità dovrebbe integrare principi fondamentali quali libertà, eguaglianza, solidarietà, in un meccanismo che ne rafforzi il senso ed imponga una reinterpretazione nella logica dell'indivisibilità. Dall'intrecciarsi continuo di questi principi, tutti fondativi, dal loro reciproco illuminarsi, la persona riceve maggiore pienezza di vita e, quindi, maggior dignità umana.

“Il problema costituzionale della intangibilità della dignità dell'uomo si pone infatti come un itinerario intrinsecamente plurale, di storia della cultura” (Ridola P.). E, proprio collocando l'esame della dignità umana nel quadro dell'affermazione storica della libertà, emerge con chiarezza come sia *“la novità irripetibile di ogni uomo”* (novità che deriva dalla altrettanto irripetibile articolazione di atti, di comportamenti, di relazioni, attraverso cui si forma un'identità personale, inedita rispetto a ognuno, che emerge dalla realtà naturale e sociale) a caratterizzare ogni persona. Pertanto, il *“nesso inscindibile fra dignità umana e libertà trova il proprio fondamento esattamente su queste basi”*, che non tagliano fuori dal discorso sulla dignità la dimensione della posizione dell'uomo nell'universo, ma ne riportano la direzione di senso nell'esplorazione della propria libertà³.

La novità irripetibile, l'unicità, la visione

² Resta G. La dignità in Rodotà S., Tallacchini M. Ambito e fonti del biodiritto. Milano : Giuffrè, 2010, 260-261.

³ Politi F. Diritti sociali e dignità umana nella Costituzione Repubblicana. Torino : Giappichelli, 2011, 166-167

antropologica (non esclusivamente riconducibile al pensiero ontologicamente fondato) vanno a prefigurarsi quali pilastri su cui poggiare le travi della nostra esistenza, tanto personale quanto professionale. Non si può pensare, in altri termini, d'impostare una relazione con la persona assistita fondandola su dettami ritenuti "di carta". Questi, tra cui prima *inter pares* la dignità, sono elementi fondativi di un percorso di senso, da cui esplode prepotentemente il gesto di cura (Manzoni), quindi, si fa strada il pensiero etico del gesto di cura (Lattarulo). Ogni passo, ogni azione, sono intrisi di dignità, altrimenti "questo rischia di non essere più un uomo".

LA DIGNITA' IN PIGIAMA

L'Ospedale è un immenso contenitore, un vaso ricolmo ed amplificato di sentimenti e di emozioni. Per dar voce a Marc Augé, è un non luogo, una bolla in cui spazio e tempo acquisiscono dimensioni non consuete, come in una convulsa architettura del Piranesi; al primo piano si soffre, al secondo si gioisce, al terzo si gioisce e soffre e potremmo continuare *sine die*. Una regina si aggira incontrastata, districandosi tra persone assistite, familiari, barelle, operatori, sdraio, lettighe, macchinette del caffè, arroganti incontinenze professionali o di frequentatori, ma particolarmente emotive. Il suo nome è Fragilità. Lei vestita da gran dama, come la morte descritta dal Lampedusa, pervade le menti, rotea tra le sue magrissime dita la bacchetta dell'incertezza, sconvolge vite, ricompatta animi, divide e ricongiunge. Lei, la Fragilità!

L'ospedale, ma anche il domicilio, ogni luogo di cura, sono da intendersi come cristalliere; sulle mensole, le persone che assistiamo in cerca della chance, della motivazione per rimettersi in moto e riprendere il proprio posto od una nuova collocazione nella vita quotidiana. A noi

la scelta del movimento giusto. Quando usiamo passo da elefante regolarmente possiamo osservarne le conseguenze. Per deontologia, per etica in senso più ampio di riflessione, dovremmo far attenzione a ciascun movimento e pesare adeguatamente ogni parola, in special modo quelle non dette, ogni gesto, compiuto o meno, che sia. Potremmo, scrivendo sui muri delle corsie con la foglia oro, o con i tazebao degli ultras "*Ogni persona assistita deve essere trattata con dignità*"! Il problema sta nel fatto che spesso i componenti dell'equipe clinico – assistenziale esprimono idee differenti sul concetto di dignità. Parimenti, quello che ai nostri occhi appare banale e scontato, può produrre eventi quasi mai voluti e non tenuti da conto. Sembrerebbe, quasi, un esercizio caro al Marchese de La Palisse, o un mantra, il ripetere "*Ogni persona assistita merita di essere trattata con dignità*". Il punto sta nel prescindere dal "chi sia", dal "gesto che può aver compiuto". Il fine ultimo è sempre il rispetto della sua dignità, della sua libertà.

I pazienti, in qualche modo, sono un nucleo separato dal resto del mondo. Sono quelli che vagano mezzi nudi o al massimo in pigiama tra dipendenti della struttura sprofondati nei loro camici e visitatori esterni, che irrompono nella vita ospedaliera anche fuori dagli orari "ufficiali" e creano scompiglio. I pazienti li attendono fiduciosi, gli addetti li guardano diffidenti e, in qualche modo, rassegnati dal rinnovo periodico di questi.

La differenza fondamentale tra le due macro-categorie di non malati è nella gestione della dignità degli stessi. Gli esterni provano ad importare nell'ospedale usi e costumi del mondo civile esterno, spesso scontrandosi con le regole interne. Gli interni, invece, considerano gli "ospiti" in base alla loro patologia: c'è un triage continuo, anche fuori dal pronto soccorso, nei reparti in cui si viene riconosciu-

ti in base al numero del letto⁴". Questa può essere la visione del proprio essere nell'istituzione ospedale e del modo con cui noi, professionisti ed operatori, veniamo ad essere percepiti.

Il viaggio intellettuale che ogni professionista sanitario compie nell'arco della sua lunga carriera è costellato da una serie di pensieri-ripensamenti sulle situazioni vissute includendo in questa riflessione, certamente ampia, la variegata miriade di persone di ogni età, sesso, etnia e condizione sociale venuta alla sua attenzione negli anni trascorsi, magari in contesti operativi anche profondamente differenti per connotazioni geografiche e culturali⁵.

Se questo viaggio, che prevede inesorabilmente molte tappe e una serie di "fermate di ripensamento" a fronte di altrettanti dilemmi etici, non prevede tra i suoi indicatori di balanced, il livello di dignità non vi sarà mai compiutezza e neppure vero segno lasciato dal processo e dai percorsi di assistenza.

Imparando a non colpevolizzare, ad andare oltre il pigiama, sospendendo il giudizio, scendendo dalla scaletta fornita dalla competenza (reale o presunta), tenendo a mente che, chi è coinvolto in un evento patologico o traumatico, può perdere il controllo del sé divenendo incapace di affrontare la propria vita come l'attimo precedente l'evento, probabilmente si diverrà garanzia di risultato.

LA DIGNITA' IN DIVISA

E' possibile affermare che dignità ed esercizio della professione siano una stretta questione di identità personale e professionale. Come per le oche di Lorentz se

⁴ <http://www.lacuccia.org/2009/08/10/malattia-dignita-e-compassione/> visita del 10.6.2016 alle ore 15.48

⁵ Lattarulo P, Bruni M.C. Etica il grande bisogno di oggi in Lattarulo P. Bioetica e deontologia professionale. Milano : McGraw – Hill, 2011, p.4

non ci è accaduto di comprendere bene di chi intendersi figlio professionale, quindi, in assenza di un punto di riferimento, di un mentore, si presenterà un rischio concreto : quello di divenire una persona indefinita, con altissima possibilità di "fare" ma raramente di "essere". Profonde le differenze, di sostanza, e non di mero esercizio lessicale, con tante ripercussioni in termini consequenzialistici.

Il quesito è tutt'altro che scontato: ho considerato, ad esempio, il fatto che, pubblicando su un social network et alia foto che ritraggono situazioni assistenziali, possa ledere la dignità della persona assistita e creare nocumento all'immagine professionale? Oltre a ciò, probabilmente, produco tutta una serie di ovvie (mai considerate) evenienze di ordine deontologico, di comportamento e, spesso, civile e penale. Oppure vivo nell'iperurano, pensando che la vita è fatta soltanto di acquisti con un click come propone il gigante Amazon? Pochi istanti ed hai immortalato un malcapitato!

L'attimo fuggente è un istante da cogliere al volo come le offerte (perenni) dei materassi all'ultimo giorno o è una collezione di istantanee che raffigurano, in una certamente lucida sequenza, una serie di emozioni e sentimenti?

E' possibile dare dignità alle persone a noi affidate, proteggendole dalla tempesta che gli si sta scatenando contro nel modo più autentico, utilizzando compiutamente le virtù aristoteliche e di antichi sensi, quali la compassione (nel senso etimologico di *cum-patire*) e della misericordia (particolarmente quando agisco in situazioni ben al di là del limite).

Dignità per se stessi, per la divisa che s'indossa, vuol dire difendere il lungo ed accidentato percorso di studi e di vita compiuto.

Da ormai moltissimo tempo si parla di presa in carico, di umanizzazione delle cure. Quest'ultimo, particolarmente, è un

termine che desta non poche perplessità perché si tende a sottolineare la necessità di sconfiggere l'imperante disumanità. Così evidentemente non è, sebbene vi siano molti aspetti su cui è necessario fare le dovute puntualizzazioni. L'identità è realmente qualcosa di tangibile, la si misura nei gesti, nella capacità di accogliere, fatto quest'ultimo che, probabilmente, rappresenta il principale indicatore di qualità dell'assistenza.

“Mirabilmente, Marco Paolini con il suo teatro militante, in *Ausmerzen* offre un saggio brutale della non frequentazione tra deontologia e mandato statale e tra questo ed efficienza orfana. Ripensando Tousjin, che ammoniva circa i rischi del managerialismo, viene da dire che “*Il nemico marcia sempre alla tua testa*”, come recita un vecchio adagio. Al contrario, malgrado e nonostante questi, è evidente che, saldare il circuito tra infermieri di corsia e dirigenti, sarà possibile proprio in virtù di qualcosa di squisitamente infermieristico: la carica emotiva ed in parte idealistica, che informa ormai una piccola parte (a sentire quel che ne dicono i formatori) degli aspiranti infermieri, la loro percezione di essere chiamati a colmare una distanza tra corpo malato e persona con piena cittadinanza, operazione impossibile da compiere senza quella plusvalenza di carica ideale, etica ed emotiva, che è patrimonio ed anima del professionalismo⁶”. Inevitabilmente, il ponte sul fiume Kwai di questo percorso è la dignità, in tutti i suoi tratti, con tutte le sue connotazioni.

UNIVERSALMENTE DIGNITA'

Attraverso questo breve viaggio si è voluto offrire qualche spunto di riflessione su un concetto base, sempre presente nelle quattro versioni del Codice di deontologia

⁶Lattarulo P., Olivetti F. Identità personale e professionale. Quale interrelazione con la deontologia ? in Lattarulo P., Bioetica e deontologia professionale. Milano : McGraw-Hill, 2011, p. 85

infermieristica e chiaramente intendibile attraverso la lettura ed analisi del Patto Infermiere – Cittadino. Storicamente, quando la dignità è stata accantonata, ne sono derivate risultanze inenarrabili. Nuove opportunità di comprensione si affacciano all'orizzonte, tra queste la neuroetica, di cui ormai si discute da anni. Nelle aree motorie della scimmia esistono dei neuroni che si attivano sia quando la scimmia compie un'azione, sia quando osserva un altro individuo compiere un'azione simile. Questi neuroni, che abbiamo scoperto circa venti anni fa, sono noti come “neuroni specchio”⁷. Ma non solo. Se il meccanismo specchio rende possibile una comprensione dall'interno delle azioni ed emozioni altrui, questo non significa che questo tipo di comprensione sia l'unico. Al contrario, proprio lo studio delle proprietà funzionali del meccanismo specchio ha dimostrato che possiamo comprendere gli altri in più modi, come nel caso, ad esempio, di comportamenti di cui non abbiamo una rappresentazione motoria (il volo degli uccelli). Inoltre, anche quando comprendiamo “dall'interno”, la nostra comprensione di ciò che osserviamo, spesso, deve andare oltre la comprensione dovuta al meccanismo specchio. Una volta capito lo scopo dell'azione osservata dobbiamo, in molti casi, comprendere le ragioni che hanno indotto l'agente a compiere l'azione, le sue motivazioni, le sue intenzioni, le sue credenze. Quello che, però, la fisiologia indica è che al centro di tutto ciò sta un meccanismo di base, il meccanismo specchio⁸. Tutte le modalità per entrare in relazione con la persona assistita, comprese le innovazioni, sono fondamentali per garantire la piena dignità alla persona assistita. Opportuno il tenerne conto.

⁷ Rizzolatti G. Specchio a più dimensioni. Sole 24 Ore, 15.5.2016

⁸ Rizzolatti G, ibidem

LO SCOMPENSO CARDIACO E LA FIGURA DELL'INFERMIERE

A cura del gruppo di lavoro della rivista: Dott.ssa Rossella Bastone Inf. - Dott.ssa Monica Cardellicchio Inf.
Dott.ssa Francesca Pulpo Inf. - Dott.ssa Angelica Ricciato Inf.

CASO CLINICO

Il Signor Rossi, dopo una settimana insonne, spinto dalla moglie, decide di recarsi al Pronto Soccorso dove viene accolto dall'Infermiere di Triage e, successivamente, preso in carico dal medico e dall'infermiere di turno. L'infermiere in primis rileva i parametri vitali: (PA= 160/90 mmHg; FC =94 bpm; SPO2= 89 %) ed esegue esami ematici di routine, un elettrocardiogramma di controllo ed emogasanalisi arterioso che evidenzia ipossiemia. Dunque, su prescrizione del medico, l'infermiere somministra al paziente ossigenoterapia e continua a monitorare tutti i parametri vitali.

Dall' anamnesi il medico rileva che il signor Rossi ha 52 anni, è sposato con 2 figli, lavora come impiegato e conduce vita sedentaria.

Ha familiarità per cardiopatia ischemica, è un forte fumatore (30 sigarette al giorno da più di 30 anni); soffre di diabete mellito Tipo 2 in trattamento con metformina; non riferisce ipertensione.

Recenti esami di laboratorio rilevano colesterolemia totale=283 mg/dl; hdl= 44 mg/dl; ldl= 187 mg/dl ; glicemia a digiuno= 124 mg/dl.

Il paziente riferisce al medico che, nelle ultime settimane, ha avuto un sonno disturbato da tosse ed ha avuto bisogno di mettersi quasi seduto nel letto per poter respirare meglio. Presenta anche un certo grado di "affanno" per sforzi moderati (ad es. mentre sale alcune rampe di scale), ha dolore epigastrico e un senso di oppressione al petto, non sempre correlato a sforzi.

L'anamnesi effettuata al paziente, associata con l'attento esame obiettivo, inducono il medico ad eseguire ulteriori indagini per confermare la sospetta diagnosi di Scompenso Cardiaco.

Quindi, si predispone per il paziente una radiografia del torace ed un ulteriore prelievo ematico per il dosaggio di biomarcatori, tra cui quello del BNP (Brain Natriuretic Peptide: marcatore di patologia clinica in grado di evidenziare nell'immediato uno scompenso cardiaco). Successivamente, il sig. Rossi viene sottoposto ad una ecocardiografia che consente ai sanitari di ottenere dati, in tempo reale, sull'emodinamica cardiaca del paziente, di fare, quindi, diagnosi certa di Scompenso Cardiaco ed iniziare il trattamento.

Lo **Scompenso Cardiaco (SC)** o **Insufficienza Cardiaca (IC)** è una sindrome clinica complessa, che può derivare da un danno cardiaco funzionale o strutturale e che danneggia la capacità del cuore di funzionare come una pompa, per fornire il sangue in quantità adeguata alle necessità metaboliche dell'organismo.

La sindrome è caratterizzata da dispnea e astenia, che possono limitare la capacità di

esercizio fisico e causare la ritenzione di liquidi, che può condurre a congestione polmonare e/o splancica e/o edema periferico. Lo SC può essere esito di malattie del pericardio, del miocardio, dell'endocardio, delle valvole cardiache o dei grandi vasi o di alcune malattie metaboliche, ma la maggior parte dei pazienti con SC hanno sintomi dovuti ad insufficienza della funzione del ventricolo sinistro (VS).

Può essere un evento acuto ex novo oppure un aggravamento di uno scompenso cardiaco cronico, ed è spesso contraddistinto da riacutizzazioni.

Epidemiologia e clinica

Nelle popolazioni occidentali, la prevalenza dello scompenso cardiaco varia tra il 3 e il 20 per 1.000 abitanti e la percentuale cresce molto nella popolazione anziana, attestandosi a oltre 100 casi per 1.000 soggetti. L'incidenza è pari allo 0,1-0,2%, con una tendenza a raddoppiare per ogni decade di vita dopo i 50-55 anni, sino al 2-3% nelle persone di oltre 85 anni di età. La mortalità è molto elevata: 50% entro i primi 4 anni dalla diagnosi, soprattutto nelle primissime settimane. Più del 50% dei pazienti con scompenso cardiaco grave muore entro un anno dal primo ricovero. Nei paesi occidentali la causa più comune di Scompenso Cardiaco (responsabile del 52% dei nuovi casi di malattia) è la malattia coronarica associata all'ipertensione.

Classificazione

Secondo la capacità funzionale del paziente, lo Scompenso Cardiaco viene classificato sulla base di quanto stabilito dalla New York Heart Association in 4 classi:

Classe I: nessuna limitazione dell'attività fisica; l'esercizio fisico abituale non provoca affaticabilità, dispnea né palpitazioni.

Classe II: limitazione lieve dell'attività fisica; benessere a riposo, ma l'attività fisica abituale provoca affaticabilità, palpitazioni o dispnea.

Classe III: limitazione grave dell'attività fisica; benessere a riposo, ma l'attività fisica minima provoca sintomi.

Classe IV: incapacità a svolgere qualsiasi attività fisica senza disturbi; i sintomi di scompenso sono presenti anche a riposo e peggiorano con qualsiasi attività fisica.

Diagnosi

Nonostante i progressi delle tecniche di im-

agine e la crescente disponibilità di test di laboratorio, l'anamnesi del paziente e l'esame obiettivo rimangono cardini essenziali della diagnosi. Infatti solo il medico è in grado di stabilire se esiste una condizione di Insufficienza Cardiaca e a quale stadio si trovi. A tale scopo, analizzerà l'anamnesi del paziente prendendo in considerazione anche le affezioni passate, l'anamnesi familiare e lo stile di vita.

Durante l'esame obiettivo il medico valuterà inoltre cuore, polmoni, addome e gambe, per verificare la presenza di segni della malattia.

Per escludere o confermare una diagnosi di Insufficienza Cardiaca il medico potrà prescrivere uno o più dei seguenti esami diagnostici:

- Ecocardiogramma
- Elettrocardiogramma (ECG)
- Radiografia del torace
- Esame sotto sforzo
- Cateterizzazione cardiaca

Se gli studi confermano un' Insufficienza Cardiaca, il medico potrà inoltre decidere di monitorare la frazione di eiezione, vale a dire la percentuale di sangue che il cuore pompa in circolo ad ogni battito. Tale valore è un indicatore fondamentale della salute del cuore e viene spesso utilizzato dai medici per stabilire se l'organismo funziona in maniera adeguata.

Sintomi

I sintomi dell'Insufficienza Cardiaca non sono sempre chiari.

Alcuni soggetti, negli stadi più precoci, possono addirittura non manifestare alcun sintomo, mentre altri possono non dare peso a disturbi come l'affaticamento o la sensazione di "fame d'aria" interpretandoli come normali segni dell'invecchiamento.

In altri casi, per contro, i sintomi dell'insufficienza cardiaca sono più palesi. A causa dell'incapacità del cuore di pompare quantità adeguate

di sangue e di irrorare così gli organi (come i reni e il cervello) possono manifestarsi svariati sintomi, tra cui:

- difficoltà respiratoria
- gonfiore a livello di piedi e gambe
- carenza di energia e spossatezza
- sonno disturbato a causa di problemi di respirazione
- gonfiore o dolore addominale, perdita di appetito
- tosse con espettorato “schiumoso” o catarro
- aumento della minzione notturna
- confusione
- perdite di memoria

Fattori di rischio

Alcuni soggetti mostrano una maggiore predisposizione allo sviluppo di Insufficienza Cardiaca. Stabilire con certezza chi nel futuro andrà incontro a tale condizione è impossibile; ciononostante esistono dei fattori di rischio noti:

- pressione sanguigna alta (ipertensione)
- attacco di cuore (infarto del miocardio)
- anomalie delle valvole cardiache
- ingrossamento del cuore (cardiomegalia)
- anamnesi familiare di cardiopatia
- diabete

Trattamento farmacologico

Classe I: si focalizza sull'eliminazione dei fattori di rischio iniziando con il cambiamento terapeutico dello stile di vita e con il controllo delle malattie croniche, come ipertensione e diabete. In questo stadio sono utili per il trattamento i bloccanti beta-adrenergici, gli ACE inibitori ed

i diuretici.

Classe II: trattamento simile alla classe I, con enfasi sull'uso degli ACE inibitori e dei bloccanti beta-adrenergici.

Classe III: come nelle prime due classi, ma con una sorveglianza e con controlli più stretti.

Classe IV: il paziente può avere bisogno di un sostegno meccanico del circolo, di terapia inotropica continua, di trapianto cardiaco, o di cure palliative.

Lo **Scompenso cardiaco** è pertanto una patologia cronica e invalidante, che riduce l'aspettativa e la qualità di vita della persona. Le evidenze scientifiche infatti attualmente disponibili documentano che sebbene il trattamento farmacologico rivesta un ruolo di rilievo, appare sempre più importante l'aspetto assistenziale.

Quale può essere dunque il ruolo dell'infermiere? Come può aiutare il paziente a convivere con la malattia e a prevenirne il peggioramento?

L'obiettivo è ovviamente quello di ridurre i sintomi, migliorare la qualità di vita del paziente, aumentare l'aderenza a uno stile di vita adeguato e ai numerosi trattamenti farmacologici, controllare i segni e i sintomi di peggioramento, portando a un aumento della sopravvivenza.

Essenziale per un efficace trattamento della malattia è la collaborazione tra paziente e infermiere, la possibilità di responsabilizzare i malati ed aiutarli ad avere un approccio più attivo nella gestione della loro salute. Infatti quando i pazienti sono più informati, coinvolti ed incoraggiati, tendono automaticamente ad interagire in modo più efficace con i professionisti sanitari e si sforzeranno maggiormente di intraprendere azioni che promuovono i benefici per la loro salute. Troppo frequentemente i pazienti interrompono la riabilitazione, nella fase immediatamente post-acuta, e non riescono a mantenere l'adesione a stili di vita corretti e ai farmaci di prevenzione secondaria, vanificando buona parte dei risultati raggiunti durante il ricovero in ospedale.

Per fornire la migliore cura della persona affetta da Scompenso Cardiaco, l'infermiere deve assicurare un approccio sistematico alla globalità dei suoi bisogni, un rapido riconoscimento dei segni di deterioramento funzionale, un supporto per l'autogestione della malattia e dei carichi emotivi e sociali che la malattia stessa comporta.

Tra le competenze infermieristiche dunque rientrano:

- Educazione sanitaria di gruppo per i pazienti ed i loro familiari, in particolare orientata alla promozione di corretti stili di vita, alimentazione ed all'aderenza della prescrizione terapeutica farmacologica e non farmacologica.

- Educazione del paziente all'autocontrollo dei parametri di pressione arteriosa, frequenza cardiaca, spo2, peso corporeo.

- Segnalazione al MMG dei pazienti con problematiche rilevanti e collaborazione per la gestione diagnostico-terapeutica.

L'infermiere inoltre deve:

- consigliare al paziente quali sintomi deve riferire al medico curante (respiro difficoltoso, aumento della mancanza di respiro, necessità di dormire con più cuscini);
- aiutare il paziente a mettere un'etichetta su tutti i farmaci, fornire istruzioni scritte;

COLLOQUIO INFERMIERE/PAZIENTE

I: Salve signor Rossi. Ora le darò alcune informazioni in prospettiva della dimissione. Va bene?

Pz: Sì, la ascolto.

I: Partiamo dai farmaci, i quali sono sostanze che servono sia a farla sentire meglio sia a garantirle un futuro migliore. Devono essere assunti con regolarità, come prescritto dal medico: rispetti i tempi e le quantità che le sono stati indicati. Se dovesse dimenticare di assumerne una dose, eviti di raddoppiare la dose successiva, ma contatti il suo MMG e l'Infermiere di Famiglia e/o di Comunità. Nel caso abbia dei dubbi, di qualsiasi genere, non esiti a chiedere spiegazioni. Se i farmaci le causano problemi ne parli subito con le figure di riferimento (direttamente o per telefono), ma non interrompa di sua iniziativa la cura: si troverà una soluzione che riduca i disagi e che, contemporaneamente, tuteli la sua salute. I farmaci sono stati scelti in base alle sue caratteristiche e ai suoi bisogni: non faccia ciò che suggeriscono amici, conoscenti e parenti, ma chieda al medico.

Lei si conosce meglio di chiunque altro e meglio di chiunque altro si può controllare. Controlli il peso corporeo almeno una volta al mese e segni il valore su un apposito quaderno (o altro); il peso potrà essere controllato più frequentemente (anche tutti i giorni) in casi particolari che verranno però indicati dal medico. Controlli se le gambe sono gonfie. Cerchi di identificare una sua attività abituale che non le causi mancanza di respiro (es: salire un piano di scale, andare da casa fino al negozio del panettiere, ecc.), creando degli obiettivi da raggiungere. In questo modo potrà valutare se vi è un peggioramento: le manca il fiato o è stanco per attività che prima venivano svolte senza problemi. E' chiaro tutto?

Pz: Penso di sì, la ringrazio.

I: Prego, non dimentichi di mettersi in contatto con le figure di riferimento domiciliari (MMG ed Infermiere). Arrivederci.



- insegnare al paziente ad aumentare gradualmente il cammino e le altre attività, ammesso che non provochino stanchezza e dispnea;
- consigliare di evitare eccessi nel mangiare e nel bere e di intraprendere un programma di riduzione del peso, fino a che non è stato raggiunto un peso ottimale;
- insegnare la dieta iposodica, fornendo un piano dietetico scritto, con la lista dei cibi permessi e di quelli limitati. Incoraggiare l'impiego di condimenti, spezie, erbe e succo di limone;
- consigliare di smettere di fumare e di ridurre l'assunzione di alcol e caffè;
- assicurarsi che il paziente rispetti gli appuntamenti delle visite di controllo;
- esortare la persona a concedersi momenti di relax, a dedicarsi ai suoi hobbies preferiti, a sorridere e a stare in buona compagnia.

Conclusioni

Lo Scopenso Cardiaco, come già detto, è una patologia che causa disabilità e riduzione/perdita dell'autosufficienza. Quest'ultimo aspetto ha gravi conseguenze anche per i familiari. Infatti, come per ogni paziente con patologia cronica, anche quello con SC necessita di un'assistenza a lungo termine, i cui costi ricaricano

il reddito familiare e costituiscono, nel contempo, un importante dispendio economico e, più in generale, di risorse dei sistemi sanitari.

Fondamentale, dunque, è la figura dell'infermiere il quale, in collaborazione con gli altri professionisti della salute, può avviare un programma di cura ed un piano assistenziale che abbia come obiettivi la prevenzione delle complicanze e l'educazione del paziente a convivere con la malattia nella maniera più dignitosa possibile. All'uopo, nuovi modelli organizzativi, di gestione di persone affette da patologie croniche, prevedono l'implementazione di *ambulatori dello Scopenso Cardiaco*, in grado di migliorare la gestione della malattia, diventando, per le persone affette da tale patologia e le loro famiglie, riferimento utile in caso di segni e sintomi di comparsa di complicanze e fornendo risposte immediate ai bisogni anche complessi. Alcuni *ambulatori dello Scopenso Cardiaco* hanno anche la possibilità di rispondere in tempo reale a chiamate telefoniche H24, collegandosi a strutture cardiologiche di riferimento. Infermieri esperti in competenze cardiologiche, in collaborazione con cardiologi ed altri professionisti presenti in team, rispondono con professionalità nel rispetto della fragilità psichica, della paura del morire... che si accompagna spesso alle patologie cardiache.

SE L'ITALIA CHIUDE UNA PORTA, L'EUROPA APRE UN PORTONE

Dott.ssa Alessandra Fiorini, Inf. Ospedale di Cambridge



Sentir parlare della 'fuga di cervelli' è ormai all'ordine del giorno in Italia. La crisi economica ha colpito molti settori lavorativi già da tempo, ma, se mentre prima noi infermieri eravamo privilegiati nel trovare lavoro, adesso anche il nostro campo è saturo, o, meglio, la carenza c'è ma non vengono indetti molti concorsi pubblici, e, quelli indetti, garantiscono pochissimi posti in relazione all'affluenza.

Quanti di noi si sono trovati ad effettuare concorsi con un'affluenza paragonabile a quella di concerti di popstar internazionali? Quanti di noi, pur di lavorare, si sono trovati costretti ad accettare contratti di lavoro improponibili e sottopagati? Io per prima ho avuto esperienze lavorative in Italia sia negative che, tante altre, positive, ma ciò che accomunava queste esperienze era la tipologia contrattuale, sempre tutte con un'unica dicitura, contratto a tempo **"determinato"**.

Il nostro è *un lavoro bellissimo* e, guardandomi attorno, mi sono resa conto che esistono posti dove lo possiamo svolgere nel migliore dei modi e dove veniamo apprezzati e valorizzati; dove è possibile trovare strutture che consen-

tono di lavorare in sicurezza, autonomia e per il benessere dell'assistito. Dove firmare un contratto a tempo indeterminato non è un sogno ma è una realtà possibilissima.

Perché il Regno Unito?

Ho deciso di partire per il Regno Unito perché è qui che negli ultimi anni si è registrata una grande richiesta di infermieri. Questo aumento è dovuto al riconoscimento nei confronti degli italiani da parte delle strutture inglesi, di un'ottima preparazione di base e un'ottima organizzazione ed ottimizzazione dei tempi di lavoro. E' una gratitudine che ci fa senza dubbio onore. Sono proprio le agenzie di reclutamento che propongono sempre più offerte lavorative sui vari gruppi infermieristici su facebook, sono agenzie che ti seguono passo dopo passo, dalla preparazione al colloquio di lavoro fino all'arrivo negli UK. A differenza di altri paesi europei, almeno per quanto riguarda la mia esperienza non ho dovuto pagare nessun tipo di servizio; a pagare queste agenzie sono gli ospedali stessi, ed il contratto, che viene proposto sin da subito, è un contratto a tempo indeterminato.

Paure iniziali...

Posso garantirvi che il primo impatto con questa nuova realtà non è stato dei più semplici. Vivere in un paese estero è un cambiamento molto importante nella vita, si va incontro ad una cultura differente, ci si deve rapportare con una lingua diversa dall'italiano, e nel nostro lavoro la comunicazione è essenziale per lo sviluppo del processo infermieristico. Per quanto bene si sappia l'inglese, non c'è nulla che ti prepari alla lingua viva del reparto, alla velocità con cui si comunica, alle diverse pronunce, al gergo e alle abbreviazioni. Non è stato facile il distacco dalla famiglia e dagli amici. C'è voluto coraggio, sacrificio e tanta volontà. Volontà di sperare in un futuro migliore! Per fortuna qui ho trovato moltissimi colleghi italiani e non, con le stesse ambizioni, con le mie stesse problematiche iniziali, con i quali ho avuto modo di confrontarmi anche sui diversi sistemi sanitari e diversi percorsi di studio. Ho colleghi che provengono da ogni parte del mondo, dai filippini, agli indiani, dai portoghesi agli spagnoli. Oltre ad essere stata affiancata in reparto per i primi mesi, mi è stata data la possibilità di partecipare ad un corso di inglese tecnico totalmente finanziato dall'ospedale stesso.

Italia vs UK, trova le differenze:



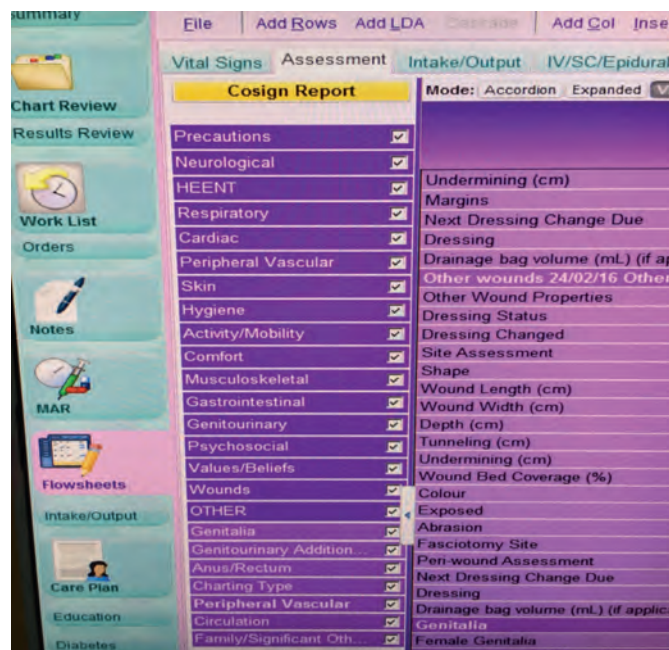
Sistema assistenziale:

Il sistema assistenziale inglese è prettamente diverso dal nostro.

Qui infatti il lavoro viene gestito e distribuito secondo il modello organizzativo del team nursing; ogni infermiere ha in genere in carico un numero definito di pazienti per turno e la gestione di questi è di sua completa responsabilità. Abbiamo circa un infermiere ogni 7 pazienti. Il rapporto diminuisce ancora nei reparti

ad intensità elevata. Ognuno ha il proprio compito e il proprio settore. Il piano assistenziale è davvero tale, come accade anche in Italia, nella valutazione iniziale vengono valutate gli aspetti della famiglia e dei caregivers, la capacità mentale, il dolore e la mobilitazione del paziente. Viene valutato il rischio di caduta, il rischio di malnutrizione e il rischio di sviluppo di lesioni da pressione.

Ciò che maggiormente si differenzia è che questa valutazione del paziente deve essere fatta giornalmente per ogni paziente. Deve essere documentata nel sistema computerizzato, deve essere accessibile a tutto il team multidisciplinare. Per ogni turno viene effettuato un assessment generale del paziente, dalla valutazione degli accessi venosi, al catetere vescicale. L'infermiere fa da "case manager" per i pazienti, è una figura centrale che unisce e dirige la comunicazione tra tutti gli altri professionisti sia interni al reparto sia esterni come infermieri di comunità, case di riposo e servizi a domicilio.



Team multidisciplinare: è composto da tantissime figure che collaborano fra loro tutte nell'interesse del paziente. Partiamo dalla figura dei fisioterapisti e fisioterapisti specializzati nella respirazione.

Se all'ammissione del paziente si hanno dei dubbi sulle sue capacità motorie, viene inviata una richiesta di consulenza al fisioterapista.

Senza di essa il paziente non viene mobilizzato. Poi abbiamo la figura del terapeuta occupazionale, che si occupa di reintegrare il paziente nelle sue azioni quotidiane. Si occupa anche dell'individuazione e dell'eliminazione di barriere ambientali per incrementare l'autonomia e l'indipendenza del paziente.

Per esempio, presidi per eliminare problematiche dovute alla presenza di scale negli appartamenti, presidi che facilitino l'uso della cucina e così via. In Italia la laurea in questo settore esiste ma difficilmente i terapisti occupazionali vengono assunti nei nostri ospedali.

Ci sono i dietisti che vengono direttamente contattati dal sistema computerizzato nel momento in cui nella valutazione nutrizionale del paziente si nota un'eccessiva perdita di peso o uno stato di denutrizione. Ci sono gli specialisti del linguaggio, personale che aiuta il paziente con difficoltà nel linguaggio o con disfagia.

Orario di lavoro: per contratto le ore settimanali sono 37.5. I turni lavorativi sono di 12.30h, all'inizio ero scettica riguardo alla turnistica inglese, ma adesso è quella che preferisco. Permettono al paziente di avere maggiore continuità assistenziale dallo stesso infermiere, e a me di avere molti giorni liberi durante la settimana.

Ciò che maggiormente mi ha colpito è la flessibilità che permettono di avere ai dipendenti con la decisione dei turni. Ci sono colleghi che vengono a lavorare solo in determinati giorni settimanali fissi, altri che fanno richiesta per lavorare solo in turni notturni. Per ogni mese è possibile fare richiesta di 4 giorni specifici da avere liberi, senza dover consumare giorni di ferie.

Training: In Inghilterra l'infermiere è tenuto a seguire dei corsi e dopo ad essere supervisionato prima di effettuare autonomamente una procedura. Così, per esempio, per la somministrazione endovenosa è necessario seguire il corso, dopo di che in reparto è necessario essere supervisionati e valutati prima di poter effettuare autonomamente la somministrazione di terapia endovenosa. La regola vale per tutte le procedure invasive.



Straordinari: la possibilità di effettuare gli straordinari è continua, puoi fare turni extra nel tuo reparto e in altri reparti a tua scelta, puoi lavorare fissa in medicina e fare turni in cardiologia, chirurgia e così via.

E' una possibilità che reputo assolutamente positiva perché oltre l'aspetto economico di un maggiore guadagno, c'è quello di un accrescimento professionale notevole, si possono acquisire così competenze specifiche in altri settori molto più velocemente.

Crescita professionale: l'articolo 13 del nostro codice deontologico afferma che l'infermiere ricorre se necessario, all'intervento o alla

consulenza di infermieri esperti o specialisti. Attualmente l'Italia ha una vasta offerta didattica post-laurea, dalla laurea magistrale ai master di ogni genere, ma una volta presi questi corsi cosa succede? Sarà disponibile un ruolo per l'infermiere con delle conoscenze cliniche superiori? Mi verrà riconosciuto anche economicamente? Questo è il punto dolente, da un lato la grande volontà degli infermieri italiani di specializzarsi e offrire un alto livello assistenziale e dall'altro il poco riconoscimento soprattutto economico.

Negli UK la possibilità di crescita professionale in verticale è possibile e stimolata. La possibilità di specializzazione è notevole, attuabile tramite Master finanziati dall'ospedale. A seconda del tipo di specializzazione e competenze acquisite in ambito clinico nella maggior parte dei casi si può essere configurati come band 6, band 7 e addirittura band 8. Con questo aumentano gli stipendi e le responsabilità. Io infermiere band 5 posso avvalermi di tantissimi colleghi specializzati per consulenze specifiche nel caso in cui sia necessario per il paziente, ci sono infermieri che inseriscono accessi venosi, che fanno endoscopie. Ci sono gli specialisti dell'emergenza che, se ritengo opportuno, posso chiamare nel momento in cui le condizioni del paziente deteriorano. Posso avvalermi di tantissime consulenze, dalla specialista in diabetologia, utile per l'educazione e la prevenzione diabetica, all'infermiere specializzato nella gestione di lesioni da pressioni o ulcere, utili a capire che tipo di medicazione applicare su quel tipo di lesione. Ci sono infermieri specializzati in cardiologia delle quale posso avvalermi per una lettura accurata dell' ECG.

Ad ogni settore specialistico è associato un infermiere specializzato. Penso che a prescindere dal riconoscimento economico, l'infermiere specializzato goda a pieno di una soddisfazione personale e professionale. L'esercizio della nostra professione spazia dall'assistenza diretta al management, dal coordinamento alla consulenza, dalla didattica alla ricerca: questo rende la nostra una professione prestigiosa e invidiabile, quindi perché non approfittare di queste possibilità?

Autonomia: quante volte abbiamo sentito parlare di autonomia professionale e intellettuale dell'infermiere? C'è solo da chiedersi se insieme all'evoluzione storica della nostra professione, ci sia stata anche un'evoluzione dei professionisti che la rappresentano nella quotidianità con esperienze concrete. Siamo i professionisti sanitari responsabili della salute. Il concetto di responsabilità non va inteso in senso negativo associato solo a problematiche legali, ma è un concetto che ci può fare solo onore.

Siamo abbastanza formati e competenti da poter prendere delle decisioni in autonomia. Ed è un bene per noi e per il paziente stesso cercare di aggiornarci il più possibile per continuare a lavorare secondo un modello di nursing basato sulla best practice.

Come professionista sanitaria, durante l'esercizio della mia professione, continuo a prendere decisioni in autonomia nell'interesse del paziente: qui ho la possibilità decidere se dare o meno un determinato farmaco al paziente in base alle mie competenze, senza dover chiedere consiglio al medico, mi basta specificare nelle mie note la motivazione dell'omissione o riduzione quantitativa di quel determinato farmaco. Posso decidere se il paziente ha bisogno di consulenze specifiche e richiederle autonomamente, così come posso richiedere, se reputo necessario, esami ematici e colture specifiche.

Consiglio a chi ne ha possibilità e voglia di provare a intraprendere la mia stessa esperienza. C'è chi sceglie di stabilirsi qui a vita, chi la prende come esperienza temporanea per poi tornare in Italia. In ogni caso ne vale la pena. Il confronto con realtà diverse che siano gli UK, la Germania, o altri paesi aiuta a crescere, ad aprire le menti sulle possibilità di crescita e di sviluppo.

Voglio concludere con la speranza che la nostra categoria, così divisa nei pensieri interni ma così unita nel destino, si unisca e lotti per il giusto riconoscimento professionale e contrattuale che merita, non solo per noi stessi ma per garantire un livello di cure di eccellenza universale a tutti.



Presidi utilizzati per la mobilizzazione del paziente, a tutela del paziente e dell'operatore

Specialty	Brea...	Total Time	Specialty Review
Plastics		● 04:33	
Paediatrics		● 01:33	
Emergency		● 01:16	
Emergency (Dr o...)		● 03:53	
Paediatrics		● 00:47	
Emergency (Dr o...)		● 00:33	
ED/MED	!	● 01:43	
Medicine	!	● 01:45	cheriyan / Seei
Medicine	!	● 03:24	waleed / Review
Surgery	!	● 03:32	/ Review Comp
Surgery		● 00:46	/ Awaiting Junio
ED/MED	!	● 01:06	
Emergency	!	● 03:09	/ Seeing Junior
Surgery	!	● 03:07	/ Awaiting Junio
Emergency (Dr o...)	!	● 02:09	/ Awaiting Junio
ED/MED	!	● 02:16	Ed Banham-Hall
	!	● 01:03	
Medicine	!	● 01:32	/ Awaiting Junio
Medicine	!	● 02:54	2 c renal/haem /
Emergency	!	● 01:57	/ Seeing Junior
Emergency	!	● 03:17	/ Seeing Junior
Emergency	!	● 03:03	

Immagine acquisita dalla schermata di accesso al pronto soccorso, i codici colorati non stanno ad indicare i colori del triage, ma i tempi di attesa del paziente nel pronto soccorso, vanno dal verde al nero. Il bollino nero sta ad indicare che il paziente è in attesa di essere visitato da più di 4.30h, il colore è nero perché in questo caso l'ospedale è tenuto a pagare il paziente per l'eccessiva attesa in PS

ASSISTENZA DIABETOLOGICA E RUOLO DELL'INFERMIERE

*Dott. ssa Eleonora Devangelio, Dott. Giuseppe Russo, Inf.
Ambulatorio di Diabetologia - Massafra (TA)*



Lo scorso 12-14 maggio si è tenuto al Palazzo dei Congressi di Riccione il XII CONGRESSO NAZIONALE OSDI (Operatori Sanitari di Diabetologia Italiani), appuntamento importante per gli Operatori sanitari che operano in campo diabetologico.

Quest'anno, il tema dominante del Congresso riguardava il legame tra Tecnologia e Diabete e l'importanza delle nuove Tecnologie e di come possano migliorare l'assistenza e la qualità di cura della malattia diabetica.

Infatti, non ci sono dubbi che gli strumenti tecnologici sviluppati negli ultimi anni, quando opportunamente utilizzati, rappresentano uno strumento non solo per il miglioramento della cura e del controllo del diabete ma, anche, per il miglioramento della qualità di vita dei pazienti, riducendo i livelli di ansia e preoccupazione che, spesso, accompagnano le persone con diabete nella loro quotidianità, e aumentando l'aderenza ai percorsi di cura.

Proprio rispetto all'aderenza, il ruolo del team diabetologico e dell'infermiere, in particolare, risulta molto importante nella presa in carico della persona con diabete nei diversi setting assistenziali e l'utilizzo delle tecnologie può rendere più agevole e aumentare l'aderenza del paziente ai percorsi assistenziali suggeriti e necessari, creando un circolo virtuoso di efficacia ma, anche, di appropriatezza della cura.

Nel Corso del Congresso sono stati presentati molti lavori provenienti da realtà diabetologiche disseminate in diverse Regioni italiane.

Sono stati presentati due lavori eseguiti nell'Ambulatorio di Diabetologia del DSS2 di Massafra (ASL TA), dove operano un infermiere (Russo Giuseppe) e un medico (la Dott.ssa Eleonora Devangelio) e uno di questi lavori, proprio quello che aveva come argomento l'uso della tecnologia, è stato premiato come miglior lavoro sul territorio nazionale.

In particolare, il lavoro aveva come titolo “ Lo scarico dei dati del glucometro aumenta l’aderenza terapeutica e migliora il compenso metabolico in pazienti affetti da diabete mellito di tipo 2: il ruolo dell’infermiere nel team diabetologico” in cui si evince che il controllo della glicemia domiciliare, quando viene associato allo scarico dei dati dei glucometri (eseguito dall’infermiere dedicato), sia in grado di migliorare l’aderenza del paziente con miglioramento clinico (ovvero riduzione di valori di emoglobina glicata).

L’automonitoraggio domiciliare rappresenta, infatti, un vero e proprio strumento terapeutico che guida le scelte terapeutiche del Diabetologo.

Tuttavia, spesso i pazienti omettono di esibire i profili glicemici domiciliari per una serie di motivi: alcuni sono riluttanti a trascrivere i dati delle glicemie sul diario cartaceo, altri dimenticano di portare il diario durante la visita o, al contrario, alcuni esibiscono valori non veritieri. L’infermiere dell’ambulatorio diabetologico svolge un ruolo fondamentale, in quanto istruisce ed educa il paziente all’uso corretto del glucometro, motiva il paziente all’uso di quel determinato glucometro a cui è stato educato, motiva ad esibire i profili glicemici nel corso della successiva visita di controllo.

In tutti i pazienti, in cui è stato effettuato lo scarico dei dati glicemici, si è avuta una riduzione dei valori medi di HbA1C, che è andata da 8,6% a 7,1% in pazienti in trattamento con insulina e da 8% a 6,6% in pazienti in trattamento con ipoglicemizzanti orali (rispettivamente prima e dopo 6 mesi).

I risultati di questo lavoro suggeriscono che l’infermiere nell’ambulatorio di diabetologia ha un ruolo fondamentale e che, attraverso il corretto uso di strumenti tecnologici, si riesce ad educare e a motivare il paziente, traducendosi in una aumentata aderenza del paziente alla terapia e in un miglioramento clinico.

Il secondo Poster presentato riguarda una delle maggiori criticità presentate dalla Assistenza Diabetologica Territoriale, ovvero la mancanza di esami esibito dal paziente nel corso della

Visita diabetologica (ed in particolare mancanza della determinazione della emoglobina glicata).

L’emoglobina glicosilata (HbA1C) rappresenta l’esame fondamentale e necessario al momento della visita diabetologica; in base a tale parametro di laboratorio si può stabilire il grado di compenso metabolico e instaurare la opportuna terapia farmacologica. La mancanza di esami di laboratorio ed, in particolare, la mancanza del dato dell’HbA1C può vanificare e rendere “inutile” la stessa visita diabetologica. L’infermiere dell’ambulatorio Territoriale, opportunamente addestrato, potrebbe svolgere un ruolo fondamentale nel superare questo ostacolo attraverso la determinazione della HbA1C in tempo reale, con notevoli vantaggi sia di natura clinica che economica

Nell’Ambulatorio di Diabetologia del DSS2 di Massafra (al momento unica sede in tutta la Provincia di Taranto) si può superare questo grave ostacolo in quanto, al momento della accettazione infermieristica, i pazienti che non esibiscono gli esami di laboratorio o i cui esami risultano incompleti per la mancanza della HbA1C, vengono routinariamente sottoposti a prelievo di sangue intero per la determinazione dell’HbA1C (si utilizza il device Siemens DCA Vantage che consente di ottenere risultati attendibili in pochi minuti).


Si è voluto, quindi, valutare quale fosse l’impatto clinico ed economico di questa procedura ed i risultati ottenuti sono stati veramente importanti.

Nell’arco di 12 mesi sono state effettuate 600 determinazioni. Il risultato rapido dei test ha consentito in tempo reale di effettuare modifiche delle terapie, accertare l’aderenza alle raccomandazioni mediche e redigere piani terapeutici che altrimenti sarebbe stato impossibile effettuare. La determinazione dell’esame ha consentito di ottenere un risparmio netto di 10.446,00 Euro per quanto riguarda solo l’esecuzione dell’esame e un ulteriore risparmio di 13.746,00 Euro per quanto riguarda il costo delle visite diabetologiche che in assenza dell’esame sarebbero state completamente “inutili” con un risparmio complessivo per la

ASL di Taranto di 24.192,00 Euro.

I risultati confermano pertanto che la presenza di un infermiere "dedicato" nell'ambulatorio diabetologico Territoriale rappresenta una impor-

tante risorsa in quanto può sopperire, laddove necessario, alla mancanza di esami necessari al diabetologo e ciò si traduce in vantaggio non solo clinico ma anche economico.



LO SCARICO DEI DATI DEL GLUCOMETRO AUMENTA L'ADERENZA TERAPEUTICA E MIGLIORA IL COMPENSO METABOLICO IN PAZIENTI AFFETTI DA DIABETE DI TIPO 2:

IL RUOLO DELL' INFERMIERE NEL TEAM DIABETOLOGICO

G. Russo, E. Devangelio

Ambulatorio di Diabetologia, Ex Ospedale Pagliari, D.S.S. 2 Massafra- ASL Taranto.

INTRODUZIONE:

L'automonitoraggio domiciliare rappresenta un vero e proprio strumento terapeutico. Tuttavia, spesso i pazienti omettono di esibire i profili glicemici domiciliari per una serie di motivi: alcuni sono riluttanti a trascrivere i dati delle glicemie sul diario cartaceo, altri dimenticano di portare il diario durante la visita o al contrario alcuni esibiscono valori non veritieri. L'infermiere dell'ambulatorio diabetologico svolge un ruolo fondamentale in quanto non solo istruisce ed educa il paziente all'uso corretto del glucometro, ma anche perché motiva il paziente all'uso di quel "determinato" glucometro a cui è stato educato. *Scopo di questo lavoro è stato quello di valutare se lo scarico dei dati delle glicemie domiciliari nella cartella informatizzata potesse aumentare la motivazione e l'aderenza del paziente all'automonitoraggio e se questo si potesse tradurre in miglioramento del compenso metabolico.*

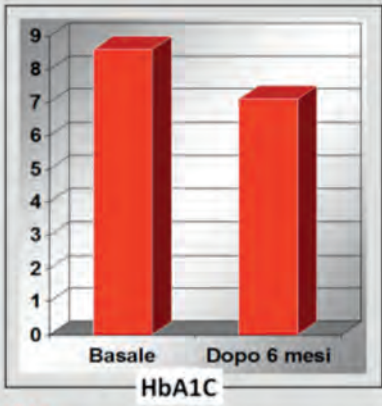
MATERIALI E METODI

Sono stati scaricati nella cartella informatizzata *MyStar Connect* i dati relativi alle glicemie di 50 pazienti affetti da diabete tipo 2 (25 in trattamento insulinico e 25 in trattamento con ipoglicemizzanti orali) a cui era stato consegnato il glucometro nel corso della visita precedente effettuata 6 mesi prima.

RISULTATI


In tutti i pazienti in cui è stato effettuato lo scarico dei dati glicemici si è avuta una riduzione dei valori medi di HbA1C che è andata da 8,6% a 7,1% in pazienti in trattamento con insulina e da 8% a 6,6% in pazienti in trattamento con ipoglicemizzanti orali (rispettivamente prima e dopo 6 mesi).

Pazienti Insulino-trattati



Periodo	HbA1C (%)
Basale	8,6
Dopo 6 mesi	7,1

Pazienti con Ipo-orali



Periodo	HbA1C (%)
Basale	8
Dopo 6 mesi	6,6

CONCLUSIONI

I risultati preliminari di questo lavoro suggeriscono che lo scarico delle glicemie eseguito dall'infermiere dell'ambulatorio diabetologico rappresenta un valido strumento che aiuta ad educare e a motivare il paziente ad esibire i dati dell'automonitoraggio e che ciò si traduce in aumentata aderenza alla terapia ed in un miglioramento clinico.



DETERMINAZIONE DELL'EMOGLOBINA GLICATA DA PARTE DELL'INFERMIERE DELL'AMBULATORIO DI DIABETOLOGIA TERRITORIALE: **IMPATTO CLINICO ED ECONOMICO PER LA ASL**

G. Russo, E. Devangelio

Ambulatorio di Diabetologia, Ex Ospedale Pagliari, D.S.S. 2 Massafra- ASL Taranto.

INTRODUZIONE

L'emoglobina glicosilata (HbA1C) rappresenta l'esame fondamentale e necessario al momento della visita diabetologica: infatti, l'assenza di tale esame vanifica e rende "inutile" la stessa visita diabetologica. L'infermiere dell'ambulatorio Territoriale, opportunamente addestrato, potrebbe svolgere un ruolo fondamentale nel superare questo ostacolo attraverso la determinazione della HbA1C in tempo reale, con notevoli vantaggi sia di natura clinica che economica.

METODO

I pazienti che non esibivano esami di laboratorio o i cui esami risultavano incompleti per la mancanza della HbA1C, venivano sottoposti a prelievo di sangue intero (1 μ L) per la determinazione dell'HbA1C utilizzando il *device Siemens DCA Vantage* che consente di ottenere risultati attendibili in soli 6 minuti.



RISULTATI

Nel periodo che va da Maggio 2013 a Settembre 2014 la determinazione della Emoglobina glicata è stata eseguita in 600 pazienti (ovvero nel 12 % del totale delle visite eseguite nello stesso periodo). Il risultato rapido dei test ha consentito in tempo reale di effettuare modifiche delle terapie, accertare l'aderenza alle raccomandazioni mediche e di poter redigere piani terapeutici che altrimenti sarebbe stato impossibile effettuare. La determinazione dell'esame ha consentito di ottenere un risparmio netto di 10.446,00 Euro per quanto riguarda solo l'esecuzione dell'esame e un ulteriore risparmio di 13.746,00 Euro per quanto riguarda il costo delle visite diabetologiche, che in assenza dell'esame sarebbero state completamente "inutili", con un risparmio complessivo per la ASL di 24.192,00 Euro.

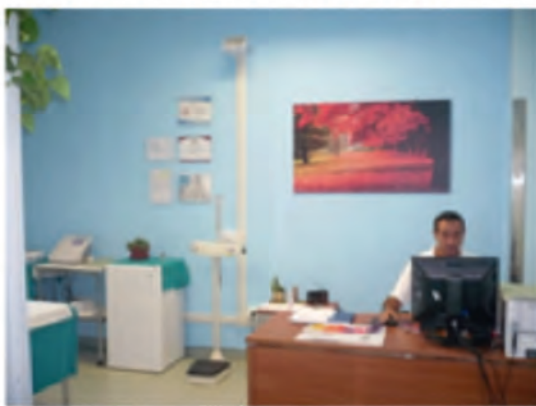
CONCLUSIONI

La presenza di un infermiere dedicato nell'ambulatorio diabetologico Territoriale rappresenta una importante risorsa in quanto può sopperire, laddove necessario, alla mancanza di esami necessari al diabetologo e ciò si traduce in vantaggio non solo clinico ma anche economico.

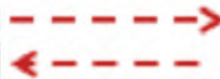
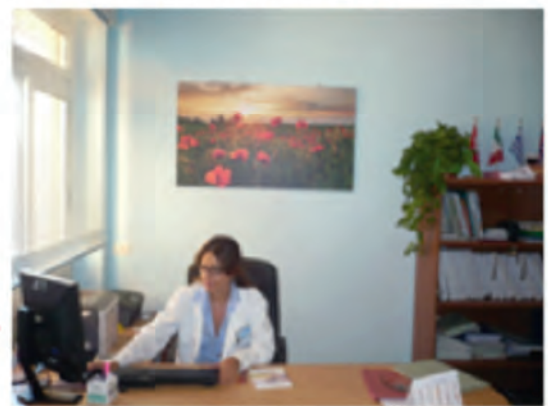
Sala di Attesa



Ambulatorio Infermieristico



Ambulatorio Medico



Emoglobina Glicosilata

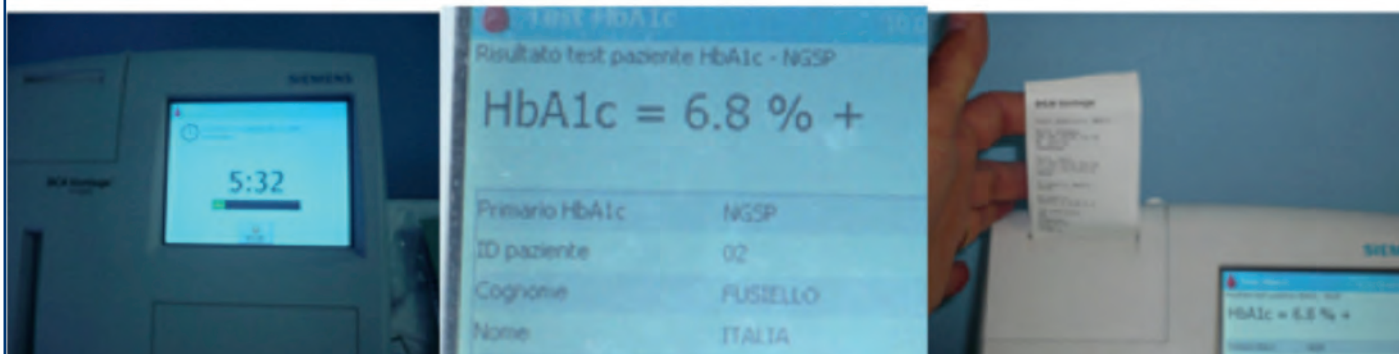
- HbA1c da un campione di sangue intero di dimensioni ridotte (1 μ L) in 6 minuti
- Possibilità di visualizzare o stampare i grafici dell'andamento dell'HbA1c dei pazienti
- Esame dei risultati sullo schermo o generazione di un referto cartaceo per ridurre al minimo gli errori di trascrizione nell'ambulatorio



- I risultati rapidi dei test consentono di determinare l'efficacia di un piano terapeutico
- Effettuare con sicurezza modifiche alla terapia
- Accertare l'aderenza dei pazienti alle raccomandazioni mediche



Emoglobina Glicosilata



Infermiere dedicato





LE LESIONI CUTANEE: PROTOCOLLI EBN, RUOLO E FUNZIONI DEGLI INFERMIERI CON COMPETENZE AVANZATE. LA RIPARAZIONE TISSUTALE E LA GESTIONE DELLE FERITE DIFFICILI

Ruolo dell'infermiere esperto in vulnologia all'interno di un ambulatorio ortopedico/traumatologico.

Taranto 11 giugno 2016

Dott. Attilio Gualano, Inf.

Chi è?

Cosa fa? Quali competenze?

Quali responsabilità?

L'Infermiere esperto in vulnologia è un professionista con competenze esperte, ampliate, trasversali: competenze in campo ortopedico-traumatologico; competenze esperte nella gestione di pz con lesioni cutanee di varia natura ed eziologia, con particolare attenzione alla prevenzione e trattamento di tali lesioni, considerando ogni aspetto dell'assistenza infermieristica in un'ottica interprofessionale ed interdisciplinare, seguendo le evidenze scientifiche più aggiornate in favore della qualità di vita dei pazienti ed in rapporto al costo-beneficio, effettua attività di... tutoraggio, ricerca scientifica.

RUOLO...RICONOSCIUTO?

Ruolo sociale: aspettative sociali relative alle funzioni, ai comportamenti ed agli atteggiamenti che ciascun individuo è chiamato a mettere in atto in ragione del proprio status sociale.

Ruolo: insieme di comportamenti formalmente stabilito in base alla natura dell'ufficio ricoperto e delle responsabilità assegnate.

IN QUALE CONTESTO OPERA?

- Modificazione del quadro demografico
- Aumento di disabilità, cronicità, disuguaglianze
- Modificazione della domanda sanitaria, più complessa, sofisticata per maggiori informazioni ed esigenze dei pazienti
- Modificazione dei bisogni
- Risorse economiche limitate
- Aumento notevole delle richieste di risarcimento danni
- Interventi basati su evidenze scientifiche
- Orientamento alla misurazione degli outcome
- Presenza di nuovi device e tecnologie.

Ruolo dell'infermiere esperto in vulnologia in un ambulatorio ortopedico/traumatologico.

Chi è?

In Quale contesto opera?

Cosa fa?.. quali **competenze**?

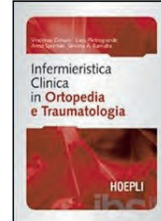
Quali responsabilità? ?



è un professionista con **competenze** esperte, ampie, trasversali..

Competenze in campo ortopedico-traumatologico

Competenze esperte nella gestione di pz con **lesioni cutanee** di varia natura ed eziologia, con particolare attenzione alla prevenzione e trattamento di tali lesioni considerando ogni aspetto dell'**assistenza infermieristica** in un'ottica interprofessionale ed interdisciplinare, seguendo le evidenze scientifiche più aggiornate in favore della qualità di vita dei pz ed in rapporto al costo beneficio, effettua attività di docenza, consulenza, tutoraggio, ricerca scientifica..



Ruolo.... RICONOSCIUTO?

ruolo e rullo sul cadere del sec. XVII
pron. rollo-s; fr. rôle; sp. rol, rollo;
dal fr. rôle = rotula e questo da rōtū-
lus = rotula diminutivo di rōta ruota,
disco, giro (v. Ruota).
Propr. Rotolo di carta (cfr. Volume);
indi Catalogo; altrimenti, Registro, Li-
sta, Indice, Tavola, Nota.
Deriv. Arruolāre; e etc. Rullo e Controllo.



Ruolo sociale: aspettative sociali relative alle funzioni ,ai comportamenti ed agli atteggiamenti che ciascun individuo è chiamato a mettere in atto in ragione del proprio status sociale.

Ruolo: insieme di comportamenti che è formalmente stabilito in base alla natura dell'ufficio ricoperto e delle responsabilità assegnate.

C. De rose, cos'è la ricerca sociale, carocci editore 2012.
C.Calamandrei, C.Orlandi, la dirigenza infermieristica, McGraw hill III edizione



In quale contesto generale opera

- ✚ Modificazione del quadro demografico
- ✚ Aumento delle disabilità, cronicità e disuguaglianze..
- ✚ **modificazione della domanda sanitaria, più complessa, sofisticata.. (Pazienti molto informati ed esigenti..)**
- ✚ Modificazione dei bisogni
- ✚ Risorse economiche limitate
- ✚ **Aumento notevole delle richieste di risarcimento danni**
- ✚ interventi basati su evidenze scientifiche
- ✚ Orientamento alla misurazione degli (outcomes) esiti
- ✚ Presenza di nuovi device (dispositivi) e Tecnologie avanzate
- ✚ Flussi migratori incontrollati

Piano di riordino ospedaliero regionale..

Possibilità di spendere 600 milioni di euro

Potenziamento dell'assistenza territoriale..400ml di euro

Possibilità di attivazione.. Di Ambulatori infermieristici sul territorio

Concorso per personale infermieristico?...



Comma 566 legge 190/2014

Ferme restando le competenze dei laureati in medicina e chirurgia in materia di atti complessi e specialistici di prevenzione, diagnosi, cura e terapia, con accordo tra Governo e regioni, previa concertazione con le rappresentanze scientifiche, professionali e sindacali dei profili sanitari interessati, **sono definiti i ruoli, le competenze, le relazioni professionali e le responsabilità individuali e di equipe su compiti, funzioni e obiettivi delle professioni sanitarie infermieristiche, ostetrica, tecniche della riabilitazione e della prevenzione, anche attraverso percorsi formativi complementari.** Dall'attuazione del presente comma non devono derivare nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica.



Il contesto locale

Il gessista , o infermiere di sala gessi, assiste i pazienti affetti da patologie orto-traumatologiche; si occupa della gestione di pazienti con ferite cutanee post traumatiche, post operatorie e di varia natura; lavora in team, applica il processo di nursing (assistenza infermieristica), lavora a prestazioni

Prestazioni ambulatorio/pronto soccorso ortopedico-traumatologico

- Prime visite
- Visite di controllo
- Riduzione e primo trattamento (immobilizzazione) delle fratture_lussazioni
- **MEDICAZIONI:**

applicazioni di trazioni tran scheletriche

applicazione di bendaggi semplici e funzionali- apparecchi gessati(BAM, BM, OMEMO, MANO, STIVALE, GINOCCHIO),-valve ges-

sate artrocentesi- applicazione di ortesi in vari segmenti scheletrici, di bendaggi confezionati, (gilchrist) desault-stecche di zimmer-fasciature-bendaggi alla colla di zinco- iniezioni intraarticolari- rimozione di apparecchio gessato, stecche di zimmer, valve gessate, bendaggi, fasciature, ortesi ... (14.000annue).

Le prestazioni sono azioni di assistenza infermieristica, cioè risultati conseguiti mediante lo svolgimento di azioni tra loro coordinate per risolvere un bisogno specifico manifestatosi in un cittadino/malato/pz/utente;

da considerarsi un insieme di atti fisici e/o verbali e/o mentali condotti secondo una successione logica, che l'infermiere può eseguire per raggiungere un obiettivo specifico.

Più atti, quindi, costituiscono un'azione; più azioni, finalizzate alla risoluzione di un bisogno della persona, costituiscono la prestazione.

Tre gli elementi principali nel concetto di prestazione:

risolve un bisogno specifico

è un complesso di azioni coordinate

è un risultato

Una prestazione si definisce

autonoma: sono individuate precise competenze infermieristiche; l'interdipendenza con altre professioni nel conseguimento del risultato è assente o bassa; la responsabilità dell'infermiere sul risultato è piena e diretta;

ad interdipendenza: il risultato della prestazione è garantito da decisioni prese da diversi professionisti, quindi l'interdipendenza può essere bassa, media o alta. La responsabilità del risultato è parziale, mentre vi è responsabilità totale della specifica azione infermieristica che ha portato al risultato.

OCSE RAPPORTO 2015 E "PATTO PER LA SALUTE.... FOCUS ON..

rivedere i modelli organizzativi

Necessario aumentare l'efficacia /efficienza/ sicurezza ed appropriatezza del sistema

è necessario valorizzare il patrimonio professionale

legge 190/2014, comma 566 pone le basi per un intervento sul

ruolo,funzioni,modalità operative dei professionisti sostenendo l'evoluzione delle loro competenze anche attraverso percorsi di formazione complementare e privilegiando i sistemi a rete e il lavoro in squadra.



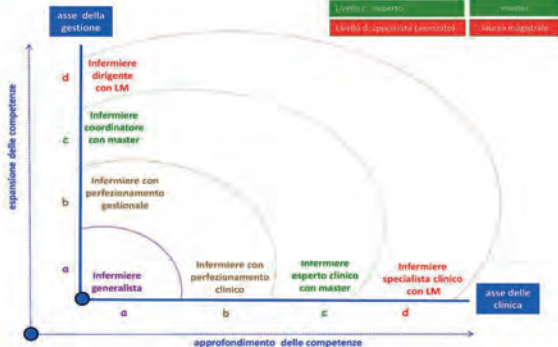
Obbligo/esigenza/ necessità/opportunità di formazione continua..

Competenze evolute.. avanzate

Perfezionate/esperte/specialistiche



Documento approvato dal Comitato Centrale della Federazione Nazionale Collegi IPASVI con delibera n. 79 del 25 aprile 2015



**Il contesto locale:
La sala gessi.. l'ambulatorio ed il pronto soccorso ortopedico-traumatologico**

il gessista o ..infermiere di "sala gessi"
(P.S.ortopedico-traumatologico)



assiste pz affetti da patologie orto-traumatologiche, si occupa della gestione di pz con ferite cutanee post traumatiche e post-operatorie e di varia natura, lavora in tim, applica il processo di nursing (assistenza infermieristica) e lavora a prestazione



PRESTAZIONI ambulatorio/pronto soccorso Ortopedico- traumatologico.

Prime visite-
visite di controllo-
riduzione e primo trattamento (immobilizzazione) delle fratture-
lussazioni

Medicazioni..

Applicazione di trazioni tran scheletriche -
Applicazione di bendaggi semplici e funzionali- apparecchi gessati (BAM, BM, OMERO, MANO, STIVALE, GINOCCHIO)-valve gessate-artrocentesi- applicazione di ortesi in vari segmenti scheletrici, di bendaggi confezionati, (gilchrist) desault-stecche di zimmer-fasciature- bendaggi alla colla di zinco- iniezioni intraarticolari- rimozione di apparecchio gessato, stecche di zimmer, (fissatori esterni),valve gessate, bendaggi, fasciature, ortesi.. (14000 annue)

Una prestazione si definisce:

Autonoma: sono individuate precise competenze infermieristiche, l'interdipendenza con altre professioni nell'ottenimento del risultato è assente o bassa, la responsabilità dell'infermiere sul risultato è piena e diretta.

Ad **interdipendenza:** il risultato della prestazione è garantito da decisioni prese da diversi professionisti; quindi l'interdipendenza può essere bassa, media o alta. La responsabilità del risultato è parziale, mentre vi è responsabilità totale della specifica **azione** infermieristica che ha portato al risultato.

M. CANTARELLI, il modello delle prestazioni infermieristiche, elsevier-masson 2003.

prestazioni

sono **azioni** di assistenza infermieristica, cioè risultati conseguiti mediante lo svolgimento di azioni **fra loro coordinate**, per risolvere **un bisogno** specifico manifestatosi in un cittadino/malato/pz/utente.

sono da considerarsi un insieme di atti fisici e/o verbali e/o mentali condotti secondo una successione logica, che l'infermiere può eseguire per raggiungere un obiettivo specifico.

Più atti quindi costituiscono un'azione, mentre più azioni, finalizzate alla risoluzione di un bisogno della persona, costituiscono la **prestazione**.

Tre elementi principali nel concetto di prestazione:

Risolve un bisogno specifico

È un complesso di azioni coordinate

È un risultato.

M. CANTARELLI, il modello delle prestazioni infermieristiche, elsevier-masson 2003.

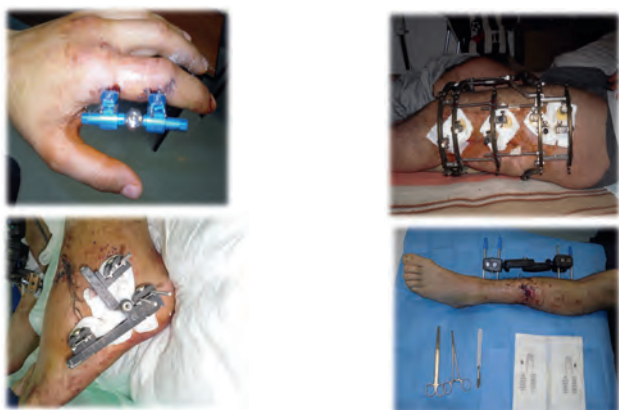
gestione delle lesioni cutanee? O assistenza infermieristica al pz orto-traumatologico con lesioni della cute?



Gestione di lesioni in Presenza di dispositivi di fissazione esterna? O gestione di fissatori esterni in presenza di lesioni cutanee? O gestione del pz in presenza di fissatore esterno con lesioni cutanee?



Gestione di pz con lesioni cutanee in presenza di dispositivi di fissazione esterna



Gestione di pz con lesioni traumatiche



Gestione di pz con lesioni traumatiche



Gestione di pz con lesioni cutanee post operatorie



Gestione di pz con lesioni cutanee Post operatorie



Gestione di pz con lesioni cutanee Post operatorie in presenza di stecche di zimmer o apparecchio gessato



Gestione di pz con lesioni cutanee e presenza di trazioni transcheletriche



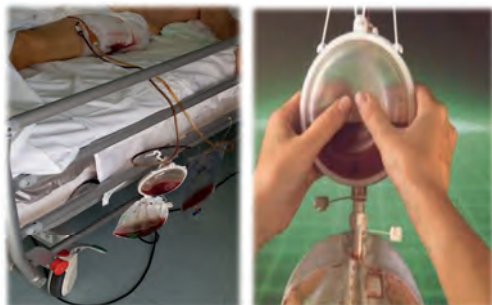
Gestione di pz con lesioni cutanee da pressione



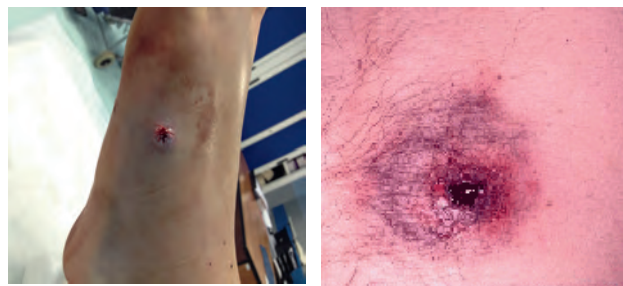
gestione di pz con deiscenze chirurgiche



Gestione di pz con Ferite chirurgiche in presenza di drenaggi



Gestione di pz con lesioni cutanee da arma da fuoco



Gestione di pz con lesioni cutanee difficili attraverso l'utilizzo di (TPN) Terapia a pressione negativa



Gestione di pz portatore di stomie



Prevenzione delle lesioni cutanee



EBN! BEST PRACTICE! LETTERATURA, DOVE SIETE?



L'ideale ...

Evidenze scientifiche

linee guida

protocolli

procedure



Bibliografia

- C.De rose**, *cos'è la ricerca sociale*, carocci editore 2012
- C.Calamandrei**, **C.Orlandi**, *la dirigenza infermieristica*, Mcgraw hill III edizione
- M. CANTARELLI**, *il modello delle prestazioni infermieristiche*, elsevier-masson 2003.
- FNCI "evoluzione delle competenze infermieristiche" proposta**- Documento approvato dal Comitato Centrale della Federazione Nazionale Collegi IPASVI con delibera n. 79 del 25 aprile 2015
- Legge 190/2014**, comma 566
- OCSE** rapporto 2015

LINEE GUIDE PER LA STESURA DI UN PROGETTO AMBULATORIALE INFERMIERISTICO SPECIALISTICO

Dott.ssa Francesca Parisi, Dirigente Responsabile S.P.S. - P.O. Valle D'Itria - ASLTA



Fonte:
Gazzetta del Mezzogiorno

L'AMBULATORIO INFERMIERISTICO

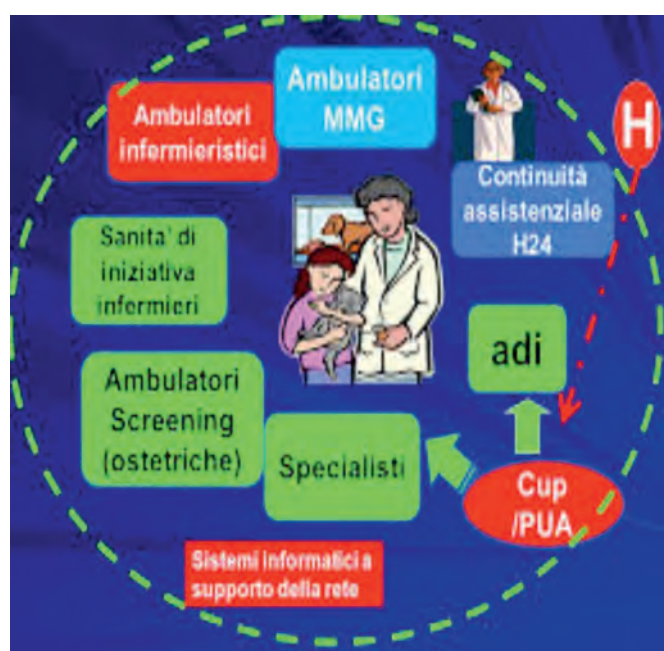
Cosa è?

Per ambulatorio Infermieristico si deve intendere la struttura collocata sul territorio o in ambito ospedaliero, preposto alla erogazione di cure infermieristiche organizzate e gestite direttamente da personale infermieristico, che ne è responsabile ai sensi del DM n. 739/94 e delle leggi n. 42/99 e n. 251/00, per quei pazienti che non richiedono ricovero neanche a ciclo diurno.

La diffusione degli ambulatori infermieristici, ancora oggi presenti a macchia di leopardo sul territorio nazionale, rappresenta un nodo strategico nel sistema delle cure primarie perché, operando in stretta connessione funzionale con i MM.MM.GG. e la rete dei servizi, consentono il monitoraggio dei fattori di rischio nella popolazione e la gestione dei soggetti con patologie cronico - degenerative, oltre a fornire risposte

assistenziali adeguate nei confronti di eventi acuti. Inoltre, questo scenario assistenziale costituisce uno dei luoghi privilegiati per lo sviluppo di un approccio di iniziativa tendente a superare l'attuale modello basato sull'attesa.

Parimenti, uscendo dall'ambito territoriale ed ospedaliero, l'infermiere libero professionista che avvia un Ambulatorio Infermieristico,

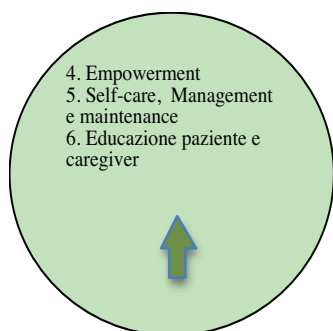


può esprimere la propria professionalità in tutte le sue articolazioni direttamente a contatto dell'ambiente sociale. Impegno, responsabilità, conoscenze teorico-pratiche e buona organizzazione devono essere espresse al meglio per favorire lo sviluppo di una nuova identità professionale che abbia un adeguato "peso sociale".

Il modello dell'Ambulatorio Infermieristico risponde all'esigenza di:

- ❑ migliorare l'accessibilità e la fruibilità da parte dei cittadini dei servizi sanitari e delle prestazioni di assistenza sanitaria primaria (livello di primary care), anche in stretta collaborazione funzionale con il Punto Unico di Accesso sociosanitario (PUA);

- ❑ costituire una cerniera tra i servizi ospedalieri e territoriali (di assistenza domiciliare, di salute mentale, di geriatria, materno-infantile, di disabilità degli adulti e dei bambini, di specialistica ambulatoriale e dei Medici di Medicina Generale) al fine di assicurare la continuità assistenziale;
- ❑ garantire risposte appropriate ai bisogni di assistenza infermieristica della popolazione attraverso l'uso di metodologie e strumenti di pianificazione per obiettivi e la definizione di percorsi assistenziali integrati;
- ❑ promuovere nelle persone i processi di autocura (self - care), anche al fine di realizzare una partecipazione attiva e consapevole alle scelte di natura assistenziale (Empowerment del Cittadino);
- ❑ promuovere l'attività di prevenzione ed educazione alla salute.



L' infermiere dell'ambulatorio infermieristico, in definitiva, è un case manager in grado di assicurare la continuità assistenziale (in particolare tra ospedale e territorio) e di attivare strategie d'intervento orientate all'empowerment.

Come opera?

L' Ambulatorio Infermieristico prevede la “presa in carico” della persona attraverso la valutazione del bisogno di assistenza, l'uso di metodologie e strumenti di pianificazione per obiettivi e di adeguati strumenti informativi come la cartella infermieristica. Assolve alla funzione dell'infermieristica in ambito comunitario, in un ottica di multidisciplinarietà; si integra nei processi ospedalieri e distrettuali e, qualora i bisogni dell'assistito necessitano di una forte integrazione sociosanitaria, prevede l'utilizzo di metodologie per la Valutazione Multidimensionale.

Nell'ambito dei processi assistenziali sono inseribili ulteriori prestazioni riconducibili a quelle previste nel profilo professionale. In questo caso le Aziende dovranno provvedere con propri atti all'inserimento di dette prestazioni nei nomenclatori - tariffari.

Come si attiva?

Il processo di attivazione dell' ambulatorio infermieristico è composto da diversi passaggi:

- ✓ rilevazione ed analisi del bisogno di salute attraverso lo studio dei dati epidemiologici-statistici e demografici del territorio di interesse;
- ✓ realizzazione di uno studio di fattibilità;
- ✓ elaborazione del progetto di attivazione dell' ambulatorio infermieristico con indicazione della mission che differenzia la tipologia delle prestazioni infermieristiche previste;
- ✓ definizione del mandato professionale attraverso l'analisi documentale (ricerca bibliografica e revisione della letteratura scientifica disponibile);

- ✓ definizione delle risorse umane e dei presidi necessari. Rispetto a ciò è importante sottolineare che l'attivazione dell' ambulatorio infermieristico va perseguita ottimizzando le risorse umane e materiali disponibili;
- ✓ individuazione e tariffazione delle prestazioni infermieristiche;
- ✓ organizzazione delle attività (sede, orario di apertura) anche attraverso la definizione di percorsi e di processi quali:
- ✓ la modalità di accesso alle prestazioni infermieristiche;
- ✓ il sistema di reporting attraverso l'organizzazione dei flussi informativi;
- ✓ l'adozione di strumenti operativi quali: linee guida, protocolli e procedure (linee guida per l'assistenza infermieristica ambulatoriale, protocollo per la continuità delle prestazioni assistenziali, etc.);
- ✓ la realizzazione di un corso di formazione specifico rivolto al personale infermieristico da assegnare agli ambulatori infermieristici, ad opera del Dipartimento/Servizio delle Professioni Sanitarie, su tematiche di sanità pubblica e sulle funzioni dell'ambulatorio infermieristico (struttura, processi, risultati).

Inoltre, trattandosi di un servizio nuovo e diverso da quelli solitamente offerti dal SSN, è utile realizzare una intensa campagna pubblicitaria attraverso incontri formativi con la popolazione locale (comitati di quartiere, centri anziani, ecc..) ed una campagna di sensibilizzazione e di informazione rivolta al personale sanitario e infermieristico aziendale (ospedaliero e territoriale).

La divulgazione di pieghevoli informativi e di manifesti a tutti i medici di base e alle farmacie presenti sul territorio aziendale.

La realizzazione e pubblicazione di una home - page dedicata all'Ambulatorio Infermieristico.

L'accesso all'Ambulatorio Infermieristico è regolato dal CUP previa presentazione della prescrizione medica (MMG o specialista), ma è

prevista anche la modalità di accesso diretto, mediante la quale gli utenti potranno rivolgersi direttamente all'ambulatorio infermieristico.

Il Nomenclatore dell'assistenza specialistica ambulatoriale riporta le prestazioni specialistiche ambulatoriali erogabili dal SSN e definisce il livello essenziale di assistenza in questo regime di erogazione.

Le prestazioni, il cui codice è presente nel nomenclatore tariffario della Regione, sono trasmesse all'Agenzia di Sanità Pubblica per la registrazione nel flusso informatico. Le prestazioni infermieristiche non comprese nel nomenclatore tariffario dovranno essere trasmesse all'Assessorato alla Salute per la valutazione periodica delle attività, per il tramite degli uffici competenti.

Normativa sull'ambulatorio infermieristico e sua organizzazione

Il quadro di riferimento normativo per la gestione degli ambulatori infermieristici è definito dal D.P.C.M. 29/11/2001 (Definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza - LEA), dal D.Lgs. 502/92 e ss. mm. ed ii., e dal Progetto Mattoni SSN del Ministero della Salute "Mattoni 2 - Classificazione delle prestazioni ambulatoriali".

Necessari per l'attivazione di un ambulatorio infermieristico sono il possesso dei requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi previsti dal D.P.R. 14 gennaio 1997, integrati dagli altri requisiti stabiliti dalla regione per l'accREDITAMENTO autorizzato.

Il decreto indica in toto:

- **i requisiti minimi organizzativi relativi ai seguenti aspetti:**
- politica, obiettivi ed attività;
- struttura organizzativa;
- gestione delle risorse umane;
- gestione delle risorse tecnologiche;
- gestione, valutazione e miglioramento della qualità, linee guida e regolamento interni;
- sistema informativo;

I requisiti minimi strutturali e tecnologici previsti dalle vigenti leggi in materia di:

- ❑ protezione antisismica;
- ❑ protezione antincendio;
- ❑ protezione acustica;
- ❑ sicurezza elettrica e continuità elettrica;
- ❑ sicurezza anti-infortunistica;
- ❑ igiene dei luoghi di lavoro;
- ❑ protezione delle radiazioni ionizzanti;
- ❑ eliminazione delle barriere architettoniche;
- ❑ smaltimento dei rifiuti;
- ❑ condizioni microclimatiche;
- ❑ impianti di distribuzione dei gas;
- ❑ materiali esplosivi.

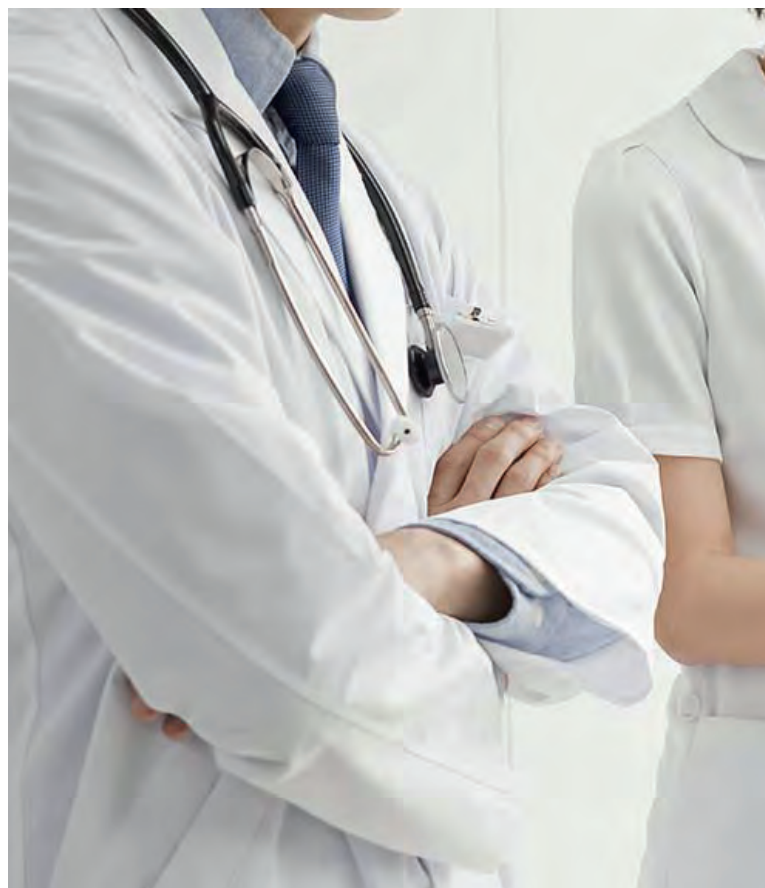
A questi requisiti minimi generali il decreto aggiunge altri requisiti minimi specifici facendo riferimento alla tipologia della struttura ed alle prestazioni erogate.

Parlando di Ambulatorio Infermieristico si deve far riferimento ai “requisiti minimi strutturali, tecnologici e organizzativi specifici per le strutture che erogano prestazioni di assistenza specialistica in regime ambulatoriale”.

I requisiti minimi strutturali delineano ambienti con locali e spazi correlati alla tipologia e al volume delle prestazioni erogate.

La dotazione minima di ambienti per l'attività ambulatoriale comprende:

- sala per l'esecuzione delle prestazioni, che garantisca il rispetto della privacy dell'utente, in particolare con area separata per spogliarsi;
- spazi per attesa, accettazione, attività amministrative;
- servizi igienici distinti per utenti e personale;
- spazio/locali per deposito di materiale pulito;
- spazio/locali per deposito di materiale sporco;



- spazi o armadi per deposito materiale d'uso, attrezzature, strumentazioni.

La dotazione minima impiantistica prevede una illuminazione e una ventilazione naturali in tutti i locali ed un impianto telefonico.

L'ambulatorio deve disporre di attrezzature e presidi medico-chirurgici in relazione alla specificità dell'attività svolta, e nella dotazione minima tecnologica deve essere previsto il carrello per la gestione dell'emergenza.

Ogni struttura erogante prestazioni ambulatoriali deve possedere i seguenti requisiti organizzativi:

- personale in numero proporzionale agli accessi ambulatoriali e alla tipologia dell'attività svolta;
- tutti i materiali, farmaci, confezioni soggetti a scadenza, devono portare in evidenza la data della scadenza stessa;
- le prestazioni effettuate devono essere registrate e corredate dalle generalità riferite dall'utente; le registrazioni e le copie dei referti devono essere conservate secondo



le modalità e i tempi sanciti dalla normativa vigente..

Ai fini del funzionamento pratico dell'ambulatorio, come per le altre attività infermieristiche, è importante documentare l'attività svolta durante l'assistenza, per cui sono necessari documenti come:

- ❖ la cartella infermieristica;
- ❖ il registro degli utenti;
- ❖ un raccoglitore per la conservazione delle prescrizioni;
- ❖ schedari per la conservazione delle cartelle infermieristiche o di altra modulistica adottata per la registrazione delle prestazioni;
- ❖ un foglio di statistica giornaliero riportante dati utili ai fini statistici (tipo di prestazione, il tempo impiegato, e il corrispettivo economico in entrata,...);
- ❖ un modulo da consegnare a tutti gli utenti, che permetta di indicare la data dell'appuntamento e il tipo di prestazione;

- ❖ un cartellino identificativo contenente i dati anagrafici dell'utente (nome, cognome, data di nascita, comune di residenza, comune di domicilio, codice fiscale), il "codice assistito" corrispondente al numero di archiviazione della Cartella Infermieristica, sia cartacea che informatizzata, ed il nome e cognome dell'infermiere che prende in carico l'utente e il suo numero di matricola.

Il foglio di statistica giornaliero diventa un importante strumento per il controllo delle entrate economiche, e sarà utile anche al Servizio Infermieristico che potrà elaborare statistiche aziendali. Il foglio statistico sarà soggetto a modificazioni con il tempo, infatti soltanto attraverso il suo utilizzo quotidiano sarà possibile individuare altre voci da inserire e quindi giungere all'elaborazione di dati sempre più dettagliati, mirati all'appropriatezza e all'efficacia degli interventi.

La Cartella Infermieristica è lo strumento che l'infermiere utilizza per il processo di assistenza e, nell'ambito dell'Ambulatorio Infermieristico, diventa strumento utile per un'analitica raccolta dati e per l'evidenziazione di tutti i possibili fattori di rischio che potrebbero, a lungo termine, far insorgere delle gravi patologie e che, pertanto, richiedono un monitoraggio costante nel tempo. Oltre ad un'accurata raccolta anamnestica, la Cartella Infermieristica dovrà riportare tutti gli interventi eseguiti in Ambulatorio ed i valori rilevati.

L'attività infermieristica è orientata sia all'informazione della persona che al reperimento del consenso informato alle procedure assistenziali infermieristiche a cui il paziente sarà sottoposto, nonché alle eventuali complicanze ed ai disagi che ne possono derivare.

L'infermiere in questo panorama trova nel proprio Codice Deontologico un supporto per la professione infermieristica, è difatti evidente un impegno deontologico volto non tanto ad ottenere un consenso, quanto a garantire la reale ed efficace informazione che deve necessariamente precedere l'atto formale. Porre l'accento sull'informazione più che sul consenso sposta radicalmente l'atto assistenziale, di qualunque

natura, al giusto livello di garanzia e di tutela del paziente e dei suoi diritti fondamentali.

Verifica degli obiettivi

Deve essere attuata attraverso un monitoraggio continuo con indicatori qualitativi (es.: analisi dell'utenza) e quantitativi (es.: n. di utenti) misurabili, di processo, di risultato e di impatto (analisi SWOT), al fine di valutare:

- la qualità percepita dal paziente,
- il controllo dei fattori di rischio (es.: le abitudini alimentari),
- i fattori psico-comportamentali,
- l'aderenza alle terapie raccomandate,
- il livello di autogestione della malattia,
- la soddisfazione degli operatori.

Risultati attesi

- Raggiungere il più alto numero di soggetti in carico al servizio;
- monitorare l'evoluzione del bisogno;
- ridurre le liste d'attesa;
- anticipare l'emergenza;
- razionalizzare i processi di accesso ai servizi;
- programmazione corretta dei servizi in favore della popolazione di interesse;
- contenimento della spesa;
- integrazione MMG/PLS, Specialisti ambulatoriali, UU.OO. ospedaliere, famiglia.

La nostra esperienza

L'Ambulatorio Infermieristico specialistico insediato nel P.O. Valle D'Itria di Martina Franca, quale nuovo modello organizzativo della ASL di Taranto (Delibera D.G. n.905 del 15/07/15), nasce come ambulatorio a gestione infermieristica, interno alla struttura ospedaliera, con l'obiettivo di offrire un'assistenza infermieristica specialistica ad elevata complessità nel decorso post – acuzie della malattia, con la finalità di

far raggiungere ai pazienti, dopo la dimissione ospedaliera, un maggior controllo della propria malattia e la prevenzione delle riacutizzazioni.

Sostanzialmente lo scopo è quello di garantire una più efficiente continuità assistenziale, soprattutto rispetto ai problemi quotidiani dei pazienti fragili portatori di stoma, ulcere diabetiche/arteriose, flebostatiche, etc..., e quindi la necessità di integrare un'assistenza specialistica ambulatoriale, organizzata in strutture dedicate, con una assistenza ambulatoriale infermieristica che permetta un monitoraggio intensivo, prevenendo le eventuali instabilizzazioni.

Questa innovazione dimostra già di essere un valido esempio dell'assistenza sanitaria integrata ospedale - territorio del futuro.

Conclusioni

Possiamo affermare che l'obiettivo di farsi apprezzare dalla popolazione come professionisti in grado di fornire prestazioni specifiche ed importanti, si è sicuramente avviato in quanto è lo stesso cittadino che decide di avere la prestazione dall'infermiere dell'Ambulatorio Infermieristico.

Relativamente alla nostra esperienza, ad un anno dall'inizio il volume delle attività è in netto aumento: nel primo semestre 2016 le prestazioni sono aumentate in maniera esponenziale rispetto al 2015. Nella nostra provincia, e non solo, si parla dell'Ambulatorio Infermieristico specialistico del P.O. Valle D'Itria poiché dette prestazioni sono state valutate positivamente da chi le ha ricevute. Questo ci fa pensare ad un passaggio di informazione "porta a porta", considerato che alla base vi è stata la dimostrazione di competenza nell'ambito clinico – assistenziale delle infermiere professioniste che in esso operano.

Noi pensiamo che attraverso questa struttura possa rafforzarsi la collaborazione tra i vari professionisti della salute ai fini dell'erogazione di prestazioni di qualità elevata, oltre a rappresentare per gli infermieri una vera opportunità di crescita e sviluppo professionale.



ORARI AMBULATORIO

Tutti i giorni feriali
dal lunedì al venerdì : ore 08.00/14.00

Tel. 0804835111/258

Fax. 0804835242



Regione Puglia
ASL TA
PRESIDIO OSPEDALIERO "VALLE D'ITRIA"
P.zza S. Francesco da Paola, 1
74015 Martina Franca



➤ **La salute: un bene prezioso!**
Affidati ad un professionista

AMBULATORIO INFERMIERISTICO



CHE COSA E'

L'ambulatorio infermieristico è una struttura preposta alla erogazione di cure infermieristiche organizzate e gestite direttamente da personale infermieristico



SERVIZI E PRESTAZIONI

Medicazioni semplici e complesse
Medicazioni di ustioni
Rimozione punti di sutura delle ferite chirurgiche
Effettuazione vari debridement ulcere
Trattamento locale con medicazioni avanzate e biointerattive
Asportazione o demolizione di lesione o tessuto cutaneo e sottocutaneo
Bendaggio colla di zinco
Bendaggio adesivo elastico
Altro bendaggio
Fasciature semplici
Consulenza vulnologica infermieristica
Consulenza infermieristica stomaterapica
Gestione Pressione topica negativa
Posizionamento/sostituzione catetere vescicale
Valutazione protesi stomale
Gestione drenaggi
Gestione enterostomie
Irrigazione intestinale
Gestione PEG
Gestione SNG
Lavaggio ansa stomale
Gestione tracheotomia
Gestione PICC /CVC

Colloquio e disegno pre-operatorio al paziente da sottoporre a stomia

Istruzione ed educazione alla riabilitazione del pavimento pelvico

Istruzione alla prevenzione ed al trattamento delle lesioni cutanee croniche

Consulenza ed informazione in materia di prevenzione, cura e mantenimento del livello di salute e di autonomia.

Attività di counseling

COME SI ACCEDE AL SERVIZIO

In ambulatorio si accede con impegnativa del Medico di Medicina Generale o altro specialista, con prenotazione presso il CUP



In questi mesi Il Consiglio Direttivo IPASVI si è attivato per contattare e aprire un dialogo con i rappresentanti regionali al fine di portare a soluzione alcune tematiche della professione.

INFERMIERI PROFESSIONALI
ASSISTENTI SANITARI
VIGILATRICI D'INFANZIA



Protocollo 1058/2016
Data 18/07/2016

Al Presidente della Regione Puglia

Dott. Michele Emiliano

Pec: presidente.regione@pec.rupar.puglia.it

Pec: segreteria.welfare@pec.rupar.puglia.it

Al Direttore Dipartimento Promozione Salute

Dott. Giovanni Gorgoni

Mail: g.gorgoni@regione.puglia.it

Al Dirigente della Sezione PAOSA

Dott. Giovanni Campobasso

Pec: servizio.paos.regione@pec.rupar.puglia.it

Alla Dirigente Servizio Assistenza territoriale,
psichiatria e dipendenze patologiche

Dott.ssa Maria de Palma

Pec: patp.regione.puglia@pec.rupar.puglia.it

Al Presidente e componenti della

III Commissione Assistenza Sanitaria, Servizi Sociali

Mail: terza.comm@consiglio.puglia.it

Collegio provinciale di Taranto

Oggetto: risposta della tecnostruttura regionale all'interrogazione n° 238 al Consiglio regionale avente come oggetto "Requisiti degli infermieri Coordinatori". Precisazioni.

Il Collegio provinciale Ipasvi Taranto,

in qualità di Ente di diritto pubblico, istituito dalla Legge 29 ottobre 1954 n. 1049, DLgs C.P.S. 233/46 e D.P.R. 221/50 nel prendere atto della risposta resa dalla tecnostruttura regionale all'interrogazione n° 238 al Consiglio regionale avente come oggetto "Requisiti degli infermieri Coordinatori" precisa quanto segue.

74121 Taranto – Via Salinella, 15 – Telefono 099/4592699 – fax 099/4520427 – Cod. Fisc. 90034520735

L'evoluzione della professione infermieristica e i recenti interventi normativi rendono necessaria una rivisitazione dei regolamenti regionali delle strutture sanitarie e socio sanitarie per conformarli all'evoluzione normativa e giurisprudenziale degli ultimi anni.

Il ruolo del Coordinatore infermieristico (ex Capo sala), che è una figura sanitaria e quindi un "Coordinatore Sanitario", è presente ormai da anni nelle RSA, RSSA e nelle Case di Cura, con il compito di coordinare e gestire l'equipe infermieristica e il personale di supporto (OSS) nel rispetto della sua funzione nonché i processi assistenziali di competenza infermieristica

Nelle strutture di riabilitazione psichiatrica invece, dove il regolamento regionale 7/2002 determina una inaccettabile commistione di ruoli tra infermieri, educatori professionali, personale della riabilitazione e assistenti sociali, il ruolo di Coordinatore di struttura (Collaboratore professionale sanitario esperto) può essere assegnato indistintamente ad una delle quattro predette figure professionali, rendendo necessario quindi, il possesso del ***Master in management o per le funzioni di coordinamento nell'area di appartenenza, così come previsto dall'art. 6, comma 1 della Legge 1 febbraio 2006, n. 43, dall'art. 3, comma 8 del Regolamento di cui al decreto del Ministero dell'Università e della ricerca scientifica e tecnologica 3 novembre 1999, n. 509, e dell'art. 3 comma 9 del Regolamento di cui al decreto del Ministro dell'Università e della ricerca scientifica e tecnologica 22 ottobre 2004, n. 270*** per l'espletamento della mansione.

L'inaccettabile blocco della contrattazione e quindi dei rinnovi contrattuale anche per la parte normativa degli ultimi anni, non può essere in nessun caso una giustificazione per disattendere il rispetto di una norma dello Stato quale l'art. 6, comma 1 della Legge 1 febbraio 2006, n. 43, pertanto l'accordo Stato regione citato nella risposta all'interrogazione di cui all'oggetto, può essere considerata superata anche alla luce degli interventi giurisprudenziali in materia (vedi su tutte Corte di cassazione sezione IV, sentenza 16 gennaio 2015, n. 2192).

In osservanza delle suddette norme di legge si chiede una attente verifica dei requisiti da parte della Regione dei titoli in possesso degli attuali Coordinatori nonché al momento del conferimento dell'incarico in tutte le strutture sanitarie accreditate, convenzionate o in appalto già elencate.

La Presidente

Benedetta Mattiacci



COLLEGIO IPASVI - TARANTO
IL PRESIDENTE
(A.S.V. Benedetta MATTIACCI)



Movimento 5 Stelle
Gruppo Consiliare Regione Puglia
Via Capruzzi n°212 – BARI

**Al Presidente del Consiglio della
Regione Puglia
MARIO COSIMO LOIZZO
S E D E**

**Al Presidente della Giunta Regionale e
Assessore alla Sanità
Dott. Michele Emiliano**

OGGETTO: interrogazione a risposta scritta – Chiarimenti sulla Ricollocazione Coordinatori della ASL Taranto.

I sottoscritti Consiglieri Regionali Marco Galante e Mario Conca,

Premesso che:

- con già nota del Direttore Generale 19.4.12 n. 1974 l'ASL Taranto aveva stabilito che *“nelle more della riorganizzazione aziendale, si dispone che le funzioni di coordinamento presso le strutture prive di tali figure siano assicurate nell'ambito delle rispettive competenze dai direttori di Dipartimento .Pertanto con decorrenza immediata sono revocate le eventuali disposizioni di nomina dei referenti delle stesse UUOO ed è fatto divieto di individuarne di nuovi”*;
- la obbligatorietà della rotazione è stata ribadita con nota congiunta 3.12.15 a firma del Direttore Amministrativo, Direttore sanitario e Direttore Generale dell'ASL Taranto;
- con delibera DG 11.1.16 n.38, a valle della ricognizione della dotazione organica, l'ASL Taranto ha proceduto all'approvazione della graduatoria per l'assegnazione degli incarichi di coordinamento nella quale *“prioritariamente si collocano i collaboratori sanitari esperti che hanno superato il concorso”* e *“successivamente si collocano i collaboratori sanitari esperti cui sono state affidate le funzioni di coordinamento in applicazione dell'art. 10 CCNL 20.9.01”*;
- dalla predetta graduatoria sono stati esclusi i collaboratori sanitari privi dei requisiti prescritti per l'affidamento dell'incarico;
- ancora nella delib. DG 38/16 è altresì stabilito che *“nelle strutture per le quali, in base alla nuova articolazione, non è prevista la funzione di coordinamento i relativi incarichi, a qualsiasi titolo e sotto qualsiasi forma conferiti, vengono revocati con decorrenza dalla data di esecutività del presente provvedimento, con la stessa decorrenza vengono revocati altresì gli incarichi conferiti nell'ambito dei profili professionali non previsti dalla nuova articolazione”*;

- con successiva delibera DG 14.3.16 n. 481 si è preso atto delle scelte espresse dai coordinatori inseriti nella graduatoria nonché della rinuncia di cinque collaboratori sanitari e si è quindi stabilito di procedere al conferimento degli incarichi con decorrenza dall'1.4.16;

- che nella predetta graduatoria risultano assenti i nominativi di alcuni dipendenti che rivestivano il ruolo di coordinatori nei reparti di Ortopedia, Chirurgia, Radiologia, P.S. D.5, Sala Operatoria ed Ostetricia del P.O. di Marina Franca; sì che è evidente che tali dipendenti erano privi dei requisiti necessari a ricoprire tale ruolo e dovevano pertanto essere destinatari di provvedimenti di revoca;

- che tuttavia ad oggi tali incarichi, ricoperti peraltro da personale che con riferimento al ruolo di cui si discute non ha mai espletato alcuna procedura concorsuale o selettiva, sono in essere, con evidente pregiudizio di quanti, invece, (inseriti nella richiamata graduatoria) si vedono di fatto superati dal personale che attualmente svolge tale incarichi;

- che peraltro l'attribuzione *sine die* degli incarichi di coordinamento espone l'Amministrazione ad azioni da parte dei coordinatori finalizzate alla corresponsione della retribuzione connessa allo svolgimento di mansioni superiori;

Considerato che:

tale situazione necessita di chiarimenti in ordine alla rispondenza della procedura e delle attività poste in essere dall'Asl Taranto alla normativa di settore e ai provvedimenti emanati.

Tutto ciò premesso e considerato

Interrogano la Giunta e l'Assessore competente per:

sapere quali iniziative intenda intraprendere per chiarire sulle procedure di ricollocazione dei coordinatori, giuste *Delibere del D.G. n 38/2016, e n. 481 del 14/03/2016 della Asl di Taranto*, sui criteri adottati per l'assegnazione degli incarichi e sulla mancata revoca delle funzioni di coordinamento non inserite nelle anzidette delibere nonché per garantire la piena attuazione della normativa di settore e il rispetto dei principi di trasparenza e par condicio.

I Consiglieri Regionali

Marco Galante

Mario Conca



CORTE COSTITUZIONALE, SENTENZA N. 187/2016



Importantissima sentenza della Corte costituzionale italiana, una sentenza storica che per come concepita mette in seria difficoltà lo Stato italiano.

La Corte va oltre quello che potevamo richiedere e stabilisce un principio sacrosanto: il risarcimento del danno per flagrante violazione del diritto comunitario. Un risarcimento del danno secondo i criteri "ordinari", quindi la Corte costituzionale non menziona affatto la Sentenza delle Sezioni Unite della Cassazione 5072/2016, e apre ad una risarcibilità diretta contro lo Stato italiano e non contro l'istituzione che ha abusato del contratto a termine. Questa sentenza cambia tutto; se il governo capirà la portata della sentenza dovrà stabilizzare subito per evitare di ricorsi al Tribunale di Roma per violazione del diritto comunitario per richiedere sia il risarcimento in forma specifica (conversione del contratto) oppure il risarcimento per mancata stabilizzazione.

Ciò si desume in particolare al paragrafo 79 della motivazione, secondo cui «quando si è verificato un ricorso abusivo a una successione di contratti o di rapporti di lavoro a tempo determinato, si deve poter applicare una misura che presenti garanzie effettive ed equivalenti di tutela dei lavoratori al fine di sanzionare debitamente tale abuso e cancellare le conseguenze della violazione del diritto dell'Unione»: dunque, è solo una la misura da applicare, purché presenti garanzie effettive ed equivalenti di tutela.

Tale efficacia è indubbiamente tipica della sanzione generale del risarcimento, desunta dai principi della normativa comunitaria e non richiede approfondimenti; non diversa, tuttavia, è l'efficacia dell'altra misura, che sostanzialmente costituisce anch'essa un risarcimento, ma in forma specifica. Ciò sarebbe ancor più evidente se la sanzione alternativa consistesse nella trasformazione del rapporto di lavoro a tempo determinato in rapporto a tempo indeterminato, ma la Corte di giustizia dell'Unione europea, prendendo atto del principio del concorso pubblico, ricordato anche nell'ordinanza n. 207 del 2013, ritiene sufficiente una disciplina che garantisca serie chances di stabilizzazione del rapporto.

Per i docenti, si è scelta la strada della loro stabilizzazione con il piano straordinario destinato alla «copertura di tutti i posti comuni e di sostegno dell'organico di diritto».

Esso è volto a garantire all'intera massa di docenti precari la possibilità di fruire di un accesso privilegiato al pubblico impiego fino al totale scorrimento delle graduatorie ad esaurimento, secondo quanto previsto dal comma 109 dell'art. 1 della legge n. 107 del 2015, permettendo loro di ottenere la stabilizzazione grazie o a meri automatismi (le graduatorie) ovvero a selezioni blande (concorsi riservati).

In tal modo vengono attribuite serie e indiscutibili chances di immissione in ruolo a tutto il personale interessato, secondo una delle alternative espressamente prese in considerazione dalla Corte di giustizia.

La scelta è più lungimirante rispetto a quella del risarcimento, che avrebbe lasciato il sistema scolastico nell'attuale incertezza organizzativa e il personale in uno stato di provvisorietà perenne; una scelta che – va sottolineato – richiede uno sforzo organizzativo e finanziario estremamente impegnativo e che comporta un'attuazione invero peculiare di un principio basilare del pubblico impiego (l'accesso con concorso pubblico), volto a garantire non solo l'imparzialità ma anche l'efficienza dell'amministrazione (art. 97 Cost.).

Per il personale ATA, invece, non è previsto alcun piano straordinario di assunzione e pertanto nei suoi confronti deve trovare applicazione la misura ordinaria del risarcimento del danno, misura del resto prevista – lo si è più volte ricordato – dal comma 132 dell'art. 1 della legge n. 107 del 2015, che quindi anche per questo aspetto deve ritenersi in linea con la normativa comunitaria.

19.– Si deve pertanto concludere nel senso che lo Stato italiano si è reso responsabile della violazione del diritto dell'U.E., ma anche che il conseguente illecito è stato "cancellato" con la previsione di adeguati ristori al personale interessato.

INFERMIERI PROFESSIONALI
ASSISTENTI SANITARI
VIGILATRICI D'INFANZIA



Protocollo **826/2016**

Data **27 Maggio 2016**

Sig. Sindaco di Taranto Dott. Ippazio STEFANO

Oggetto: **Hotspot.**

Collegio provinciale di Taranto

Caro Sindaco come da intercorsi colloqui, sottolineo la necessità di coinvolgere gli Infermieri libero professionisti nel sistema di accoglienza dell'Hotspot. Tanto per un duplice motivo:

1. La possibilità e la necessità di offrire ai migranti professionalità altamente qualificate in grado di affrontare qualunque tipologia di assistenza;
2. Siamo noi Infermieri per elezione deputati alle prestazioni assistenziali, per formazione universitaria.

Perciò, nella necessità di dover affrontare l'accoglienza e offrire assistenza infermieristica è opportuno ricorrere anche a personale formato e magari non occupato.

Il Comune a quanto risulta è gestore dell'Hotspot per cui, caro dr. Stefano, può ben capire che questo è un momento ideale per dare lavoro a chi è da lungo tempo inoccupato.

Con affetto e stima Benedetta Mattiacci Presidente del Collegio IPASVI di Taranto.



Benedetta Mattiacci

74121 Taranto – Via Salinella, 15 – Telefono 099/4592699 – fax 099/4520427 – Cod. Fisc. 90034520735

INFERMIERI PROFESSIONALI
ASSISTENTI SANITARI
VIGILATRICI D'INFANZIA



Protocollo **904/2016**

Data **14 Giugno 2016**

Sig. Sindaco di Taranto Dott. Ippazio STEFANO

Oggetto: **Hotspot - Chiarimenti**

Collegio provinciale di Taranto

Con riferimento alla nota del 27 Maggio 2016 prot. n° 826/2016 chiediamo di conoscere le Sue intenzioni in merito alle nostre osservazioni sulla responsabilità e sulle competenze del personale sanitario impiegato nell'assistenza infermieristica dell'Hotspot.

In attesa di riscontro si inviano cordiali saluti.

La Presidente del Collegio IPASVI Taranto

Benedetta Mattiacci



Benedetta Mattiacci

74121 Taranto – Via Salinella, 15 – Telefono 099/4592699 – fax 099/4520427 – Cod. Fisc. 90034520735

COLLEGIO PROVINCIALE INFERMIERI PROFESSIONALI
ASSISTENTI SANITARI VIGILATRICI D'INFANZIA DI TARANTO



Prot. n° 788/2016

20/05/2016

All'attenzione del Sindaco di Taranto Dr. Ippazio Stefano

sindaco@comune.taranto.it
gabinettosindaco.comunetaranto@pec.rupar.puglia.it

Oggetto: Proposte al Piano di riordino ospedaliero

In merito alla richiesta di proposte correttive del PRO riguardante la ASL Taranto, questo Collegio ritiene opportuno proporre alcuni possibili correttivi, specificando che non si può parlare di ospedale, di posti letto ospedalieri, di servizi ospedalieri, di attività ospedaliere prescindendo dalla Sanità territoriale, deputata non solo e non già a decongestionare gli ospedali, ma, ad offrire una serie di servizi adeguati ai bisogni del bacino di utenza, alla specificità del territorio documentati da dati epidemiologici. E' questa la ragione per cui la Medicina Territoriale deve avere la stessa attenzione riservata agli ospedali perché è il territorio il grande protagonista del futuro della Sanità; le cronicità vanno affrontate sul territorio e non negli ospedali.

Parliamo pure di piano di riordino ospedaliero ma insieme parliamo di potenziamento della medicina territoriale con distretti, servizi h.12, con ambulatori infermieristici territoriali, con l'attivazione di Case della Salute a diretta conduzione infermieristica, di hospice, di centri diurni per anziani non allettati, centri per bambini, giovani ed adulti con difficoltà, ecc. Forse non stiamo dando i suggerimenti richiesti ma stiamo dicendo quello che serve al territorio, quanto è frutto dell'esperienza degli Infermieri.

Precisiamo che i distretti esistono già, si tratta soltanto di meglio organizzarli e meglio gestire il personale tutto già esistente. Precisiamo che le Case della salute, gli Hospice potrebbero trovare allocazione nelle strutture dismesse.

Il potenziamento ottimale della Medicina territoriale avrebbe come conseguenza la decongestione degli ospedali con miglioramento delle prestazioni sanitarie

Fermo restando l'obbligo di legge di rispettare la spesa per il personale sanitario per l'anno 2014, ci chiediamo perché la Asl non attivi delle convenzioni con Infermieri libero professionisti rispettando i limiti della collaborazione saltuaria. Sperando che i suggerimenti siano utili, si porgono distinti saluti.

Benedetta Mattiacci
Presidente Collegio IPASVI Taranto



Benedetta Mattiacci

COMUNICATO STAMPA



Il passaggio di consegne tra il Presidente uscente dott. Cosimo Latorre e il neo Presidente dott. Giovanni Prudeniano



“Fare rete tra i professionisti è la soluzione più efficace per contrapporsi alla crisi”. Ne è convinto il Dott. Giovanni Prudeniano - Presidente del Consiglio Provinciale dell’Ordine dei Consulenti del Lavoro di Taranto eletto oggi Presidente del Comitato Unitario Provinciale Professionisti di Taranto durante assemblea che ha provveduto al rinnovo delle cariche per il biennio 2016/2018.

Il Consiglio di Presidenza del CUP eletto ad unanimità ha così suddiviso i ruoli al suo interno: Presidente il dott. Giovanni Prudeniano in rappresentanza dell’Ordine dei Consulenti del Lavoro di Taranto; La Vice Presidenza al dott. Gianluca Buemi in rappresentanza dell’ordine degli Agronomi e Forestali; per la Segreteria è stata indicata la dott.ssa. Benedetta Mattiacci in rappresentanza dell’IPASVI-Taranto (**Infermieri** professionali, Assistenti sanitari, Vigilatrici d’infanzia). All’interno del Consiglio Direttivo, oltre ai componenti del Ufficio di Presidenza sono stati eletti anche il dott. Massimo Prontera in rappresentanza dell’Ordine degli Architetti di Taranto e l’avv. Vincenzo Di Maggio in rappresentanza dell’Ordine degli Avvocati di Taranto.

“Anche i professionisti devono fare rete per affrontare le sfide del mercato generate dalla globalizzazione – ci ha commentato il dott. Prudeniano a margine dell’Assemblea del CUP - sempre di più i professionisti devono sviluppare le loro capacità di fare rete, condividendo progetti ed esperienze che possano aiutare ad uscire dalla crisi economica”.

“A nome del nuovo Consiglio Direttivo e dell’intera Assemblea del CUP Taranto - ha concluso Prudeniano - esprimo il più sentito ringraziamento al Presidente uscente dott. Cosimo Latorre che negli ultimi anni ci ha permesso di buttare le basi di questa nuova cooperazione tra i professionisti dell’arco ionico”.

Ufficio Stampa
Alfarano Espedito

PROGRAMMA SCIENTIFICO

21 AGOSTO 2016

MANDURIA - Piazzale Chiesa S. Antonio (Zona archeologica). Cerimonia di assegnazione della borsa di studio della Banca di C.C.di Avetrana, intitolata alla collega Gabriella Fanuli.
Consegnerà Benedetta Mattiacci, Presidente Collegio Ipasvi /Ta”

20/21 SETTEMBRE 2016

2ª Edizione

“TRIAGE IN PRONTO SOCCORSO - CORSO BASE”

Evento già accreditato

Sede Sala Convegni – Sede Collegio IPASVI Taranto – 74121 Taranto Via Salinella 15

Crediti assegnati 21.7 Crediti Formativi ECM

Numero partecipanti 25 di cui 20 Infermieri, 5 Infermieri Pediatrici

L'evento formativo è esteso agli Iscritti di altri Collegi

Quota di iscrizione 180.00 €

ISCRIZIONI ONLINE DAL 22. 08.2016 AL 15.09. 2016

30 SETTEMBRE 2016

2ª Edizione

**“RIABILITAZIONE DEL PAVIMENTO PELVICO NELL'INCONTINENZA URINARIA.
RUOLO E FUNZIONI DELL'INFERMIERE CON COMPETENZE AVANZATE”**

Evento già accreditato

Sede Sala Convegni – Sede Collegio IPASVI Taranto – 74121 Taranto Via Salinella 15

Crediti assegnati 9.5 Crediti Formativi ECM

Numero partecipanti 40 di cui 35 Infermieri, 5 Infermieri Pediatrici

L'evento formativo è rivolto ai soli Iscritti al Collegio IPASVI di Taranto

Quota di iscrizione GRATUITO

ISCRIZIONI ONLINE A PARTIRE DAL 25. 08. 2016

12/15 OTTOBRE 2016

2ª Edizione

**“LE LESIONI CUTANEE: PROTOCOLLI EBN. RUOLO E FUNZIONI DELL'INFERMIERE CON
COMPETENZE AVANZATE. LA RIPARAZIONE TISSUTALE”**

Evento già accreditato

Sede: Sala Convegni – Sede Collegio IPASVI Taranto – 74121 Taranto Via Salinella 15

Crediti assegnati 20 Crediti Formativi ECM

Numero partecipanti 80 di cui 50 Infermieri, 20 Assistenti Sanitari, 10 Infermieri Pediatrici

L'evento formativo è accreditato ai soli Iscritti al Collegio IPASVI di Taranto

Quota di iscrizione GRATUITO

ISCRIZIONI ONLINE A PARTIRE DAL 19. 09. 2016

OTTOBRE / NOVEMBRE 2016

“LA QUALITÀ DELLE RELAZIONI. COMUNICAZIONE PAZIENTE/ INFERMIERE”.

Corso di aggiornamento itinerante: Manduria, Grottaglie, Martina Franca, Taranto



Collegio Provinciale di Foggia

Infermieri Professionali Assistenti
Sanitari Vigiliatrici d'Infanzia



SALA CONGRESSI "GATTARELLA" VIESTE (FG)

Evento formativo Residenziale
La professione infermieristica allo specchio.
Tra nuove aspettative e vecchie incognite



In Accredитamento per 150 infermieri

ISCRIZIONI APERTE: www.ipasvifoggia.com

Segreteria Organizzativa – Collegio IPASVI FOGGIA

Viale Giotto, 200 - 71122 Foggia - Tel. e Fax 0881/749774 – email: info@ipasvifoggia.it pec: ipasvifoggia@pec.it

PROGRAMMA

LA PROFESSIONE INFERMIERISTICA ALLO SPECCHIO

UNA IDENTITA' DA DIFENDERE

1ª giornata 11 SETTEMBRE 2016

Presidenti di Giornata: Dott. Cosimo CICIA – Dott. Salvatore OCCHIPINTI

Moderatori: Dott.ssa Benedetta MATTIACCI – Dott. Marcello ANTONAZZO

Evoluzione della disciplina infermieristica

Dott.ssa Beatrice MAZZOLENI

Identità del professionista infermiere

Dott. Edoardo MANZONI

Evoluzione dei modelli organizzativi e assistenziali

Dott.ssa Rita MARICCHIO

Il punto su etica e deontologia infermieristica

Dott. Pio LATTARULO

Comunicazione e social media

Dott. Angelo DEL VECCHIO

DISCUSSIONE

CONCLUSIONI: Barbara Mangiacavalli Presidente FNC IPASVI

LA PROFESSIONE INFERMIERISTICA ALLO SPECCHIO

LE ORGANIZZAZIONI AVANZATE NELLA PROFESSIONE INFERMIERISTICA

2ª giornata 12 SETTEMBRE 2016

Presidenti di Giornata: Dott. Andrea DELLA RATTA – Dott. Vito MILIONE

Moderatori: Dott. Maurizio ROCA – Dott. Mario FALCO

Le competenze avanzate e specialistiche degli infermieri nell'attuale scenario socio politico

Sen. Dott.ssa Annalisa SILVESTRO

La contendibilità infermieristica

Dott. Flavio PAOLETTI

Nuovi modelli organizzativi di gestione infermieristica per il territorio: l'ospedale di comunità a gestione infermieristica

Dott.ssa Barbara PORCELLI

Post acute care, tra realtà e futuro

Dott.ssa Vianella AGOSTINELLI

Modelli organizzativi per intensità di cure e complessità assistenziale: l'esperienza della Fondazione Policlinico Gemelli - Roma

Dott.ssa Lucia ZAINO

Il Nursing PICC Team – Esperienze a confronto

Dott.ssa Cairelli Anna Maria / Dr. De Stefano Umberto - Inf. Boccuni Massimiliano/ Dott.ssa Soranna Maria Francesca

DISCUSSIONE

CONCLUSIONI: Sen. Dott.ssa Annalisa SILVESTRO

LA PROFESSIONE INFERMIERISTICA ALLO SPECCHIO

FORMAZIONE, AUTONOMIA, RESPONSABILITÀ E RICERCA, TRA NUOVE ASPETTATIVE E VECCHIE INCOGNITE

3ª giornata 13 SETTEMBRE 2016

Presidenti di Giornata: Dott.ssa Aulisia M. L. PULIMENO – Dott. Pierpaolo PATERI

Moderatori: Dott.ssa Maria Cristina MAGNOCAVALLO – Dott.ssa Vita SPAGNUOLO

Nuove sfide e nuove frontiere per l'infermieristica del futuro: il contributo della ricerca disciplinare

Prof. Gennaro ROCCO

La responsabilità infermieristica

Prof.ssa Emanuela TURILLAZZI

Core competence all'esame di abilitazione infermieristica – una sperimentazione

Dott.ssa Anna MARCHETTI

Autonomia e responsabilità: il lavoro d'équipe

Dott.ssa Barbara CHIAPUSSO

DISCUSSIONE

CONCLUSIONI: Vice Presidente FNC IPASVI Dott.ssa Maria Adele SCHIRRU

Il Collegio IPASVI di Taranto, mette a disposizione per i suoi iscritti, a titolo gratuito, il pullman per raggiungere la sede del Convegno





IPASVI
Federazione Nazionale Collegi Infermieri

C O N V



Il dott. Andrea Urso Dietista Spec. Nutrizione Umana in convenzione con il Collegio IPASVI Taranto offrirà il 30% di sconto per gli iscritti al collegio e relativi parenti. Inoltre agli iscritti al Collegio esame BIA gratuito (bioimpedenziometria).

Per informazioni rivolgersi alla segreteria del Collegio o al seguente numero: 320.785.63.49

PS: L'esame verrà eseguito quattro giorni al mese previo appuntamento.

ESAME BIA:

L'esame della massa corporea - spiega il dott. Urso - è un test importante qualora si decida di valutare lo stato d'idratazione e la massa cellulare del soggetto con precisione elevatissima. **Risulta l'ideale monitoraggio per chiunque decida di controllare accuratamente la propria forma fisica".**

Quando è necessario svolgere un'analisi approfondita dalla massa magra e massa grassa, delle ossa, degli organi interni e dell'acqua presenti in un individuo, l'esame Bioimpedenziometrico è la soluzione ideale. **Infatti è uno strumento** clinicamente e scientificamente approvato **che permette uno studio minuzioso** della struttura di un corpo umano in modo non invasivo, in modo più confortevole e discreto rispetto alla semplice plicometria.

Il test BIA, acronimo inglese che indica appunto Body Impedence Assessment, è utile sia nello sport che nel benessere in generale, a qualsiasi livello, perché consente di personalizzare ed elaborare al meglio un trattamento dietetico-nutrizionale e un progetto di allenamento. alimentare, nonché quando sia necessario valutare l'idratazione e la composizione corporea.



DiagnosticaGlobale.it



LA DG (Diagnostica Globale), struttura sanitaria all'avanguardia nei delicati settori della diagnosi e della prevenzione, propone agevolazioni tariffarie per gli iscritti IPASVI e tutti i componenti di ciascun nucleo familiare, nei settori:

Diagnostica per immagini (RM antipatico aperta, radiologia tradizionale digitalizzata in genere, mammografia, ecografia, ecocolordoppler vascolare, ecocardiocolordoppler, OPT ...)

Ambulatori di: fisioterapia, senologia, endocrinologia, otorinolaringoiatria, diabetologia, diagnostica vascolare, ginecologia, urologia, andrologia, dermatologia, ortopedia, oculistica, cardiologia, psicologia, nutrizione, neurologia, Medicina orale, Medicina del lavoro, Medicina dello sport, Medicina legale e delle assicurazioni...

La DG su tutte le prestazioni offerte propone una riduzione del 15% rispetto alla tariffa normalmente applicata, previa esibizione del tesserino identificativo o di un documento attestante l'appartenenza.

Si precisa che la riduzione del 15% non si applica, e non è cumulabile, per le prestazioni già oggetto di promozione (risonanza magnetica € 100,00, mammografia più visita senologica € 80,00)

ENZIONI

CONVENZIONE ABBONAMENTI ESTATE 2016 (28/05/2016 – 14/09/2015)



Con la presente si comunica che lo Stabilimento balneare Yachting Club Porticciolo, nella persona dell'Amministratore Unico Ing. Gianluca Piotti, applicherà agli iscritti del Collegio IPASVI di Taranto e ai membri del proprio nucleo familiare, uno sconto sugli abbonamenti e sugli ingressi giornalieri per la Stagione Estiva 2016, così come riportato nello schema che segue.

Si rammenta che lo sconto sarà effettuato, solo ed esclusivamente, dietro esibizione del tesserino di riconoscimento IPASVI.

SERVIZI	GIORNALIERO		MENSILE		STAGIONALE	
	Listino	Scontato	Listino	Scontato	Listino	Scontato
Cabina	€ 15,00	€ 12,00	€ 350,00	€ 280,00	€ 900,00	€ 720,00
Ombrellone + 2 ingressi + 2 lettini	€ 25,00	€ 20,00	€ 625,00	€ 510,00	€ 1650,00	€ 1320,00
Ombrellone +2 ingressi+ 2 sdraio	€ 20,00	€ 15,00	€ 500,00	€ 400,00	€ 1350,00	€ 1080,00
Ombrellone +2 ingressi +sdraio+lettino	€ 22,00	€ 17,50	€ 550,00	€ 450,00	€ 1450,00	€ 1150,00
Ombrellone+ingresso +sdraio	€ 12,50	€ 10,00	€ 320,00	€ 250,00	€ 800,00	€ 640,00
Ombrellone+ingresso+lettino	€ 15,00	€ 12,00	€ 375,00	€ 300,00	€ 1000,00	€ 800,00
Ingresso	€ 5,00	€ 3,00	€ 135,00	€ 100,00	€ 350,00	€ 280,00
Ingresso+lettino	€ 11,00	€ 9,00	€ 280,00	€ 230,00	€ 740,00	€ 630,00
Ingresso+sdraio	€ 8,50	€ 6,50	€ 215,00	€ 170,00	€ 550,00	€ 440,00
Tavolo pineta + 4 sedie	€ 7,50	€ 6,00	€ 175,00	€ 140,00	€ 400,00	€ 320,00
Parcheggio Auto (ore 9-19)	€ 3,00	€ 3,00	€ 75,00	€ 60,00	€ 200,00	€ 160,00
Parcheggio Moto (ore 9-19)	€ 2,00	€ 2,00	€ 50,00	€ 40,00	€ 135,00	€ 100,00
Ingresso Kids (0-6 anni)		gratis				
Ingresso Junior (7-18 anni)		€ 3,00		€ 60,00		€ 160,00
Ingresso Young (19-30 anni)		€ 3,00		€ 80,00		€ 190,00

Tel. 099.733.11.95 – Infoline 3356386685 www.yachtingclubsanvito.com



SERVIZIO DI FISIOKINESITERAPIA

La "Fondazione Beato Nunzio Sulprizio" informa che nella propria struttura è ubicato un Centro di Fisiokinesiterapia e Riabilitazione e propone agli Infermieri, iscritti al Collegio IPASVI di Taranto, ed alle loro famiglie i servizi di seguito riportati

- **PALESTRA DI RIABILITAZIONE** per le patologie neurologiche ed ortopediche, con apparecchiature all'avanguardia, conformi alle direttive europee e dell'OMS e FDA; la professionalità di medici e fisioterapisti impegnati è incontrovertibile perché si tratta di personale altamente specializzato e legalmente qualificato.
- **TERAPIA STRUMENTALE:** elettroterapia (antalgica, stimolazione muscolare, jonofresi, vacuum), ultrasuoni; magnetoterapia; onde d'urto; human Tecar(capacitivo e resistivo); hidroforesi; pedana per valutazione stabilometrica e riabilitazione posturale; hidrofisioterapia con vasca e tapis roulant sommerso; laserterapia tradizionale (laser CO2, infrarosso); laser terapia con n.d.yag (hilterapia) con hiro3.0.
- **FISIOKINESITERAPIA:** riabilitazione respiratoria; riabilitazione del pavimento pelvico (incontinenza urinaria e fecale); hydrokinesiterapia integrata all'hydrifisio; ginnastica posturale(back school , pilates, patologie della colonna, pammorfismi e dismorismi del rachide); massoterapia; linfo-drenaggio; rieducazione funzionale.

La Fondazione su tutte le prestazioni elencate propone uno sconto del 15% (le prestazioni sono esenti da IVA, ai sensi del DPR 633/72, art 10). Per beneficiarne l'utente dovrà munirsi di tessera di riconoscimento e/o di appartenenza alla società/ente destinatario della proposta.

La Fondazione resta a disposizione per ogni informazione. Tel: 099/7792891

