Newsletter Anìmo-Fondazione 3BI

Marzo 2015

Volume 2, Numero 1

Anno II°- Atto Primo

Carissimo Soci,
in questa **newsletter** di **Anìmo,** troverete una "overview" di abstracts di articoli selezionati, sul **monitoraggio dei parametri vitali,** argomento che presenta dei "chiari – scuri" molto interessanti che necessiteranno, anche in futuro, di studi mirati.
Inoltre ci sarà un breve riassunto della VII Conferenza Nazionale delle politiche della professione infermieristica**: le mappe di un percorso, la questione "competenze specialistiche"** tenutasi a Bologna il 27 giugno, a cui sono state invitate anche le associazioni professionali tra cui Anìmo.

Augurandovi una proficua lettura cogliamo l'occasione per ricordarvi che siamo aperti a vostri suggerimenti, osservazioni o contributi, che potranno giungerci tramite mail al seguente indirizzo: **info@associazione-animo.it**.

Dott.ssa Claudia Gatta
Presidente Anìmo

Nota dalla segreteria Anìmo

Dal 2015 le newsletter verranno inviate esclusivamente ai soci Anìmo in regola con il pagamento della quota associativa 2014 e dell'anno in corso.

Sommario:

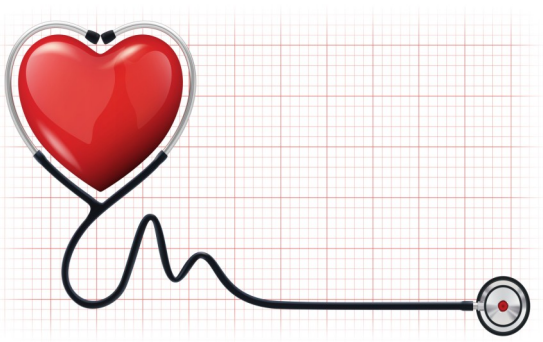
Presentazione	**Pg. 1**
Il Monitoraggio dei Paramentri Vitali A cura di Gl.Tesei, R. Rapetti, I. Lo Burgio	**Pg. 1-3**
Riferimenti Bibliografici	**Pg. 3-6**
VII Conferenza Nazionale delle Politiche della Professione Infermieristica A cura di N. Postal	**Pg. 7-8**
Prossimi incontri, Congressi, Convegni	**Pg. 8-9**

Il monitoraggio dei parametri vitali

L. Tesei, R. Rapetti, I. Lo Burgio

I medici e gli infermieri, nel corso del loro programma di studi, apprendono che il monitoraggio di routine dei parametri vitali è una modalità importante di valutazione della funzionalità fisiologica, del deterioramento clinico e del verificarsi di eventi negativi.(1)
I parametri abitualmente rilevati dagli infermieri sono cinque:

- ⇒ **temperatura,**
- ⇒ **frequenza cardiaca,**
- ⇒ **pressione arteriosa,**
- ⇒ **frequenza respiratoria**
- ⇒ **la saturazione di ossigeno.**



Tuttavia, poiché i pazienti ricoverati oggi sono più complessi che in passato, i comuni parametri vitali vengono spesso integrati con la **valutazione del dolore**, **lo stato di coscienza** e **il monitoraggio della diuresi.** (2)
Ma il monitoraggio dei parametri vitali eseguito di routine, in area medica, è basato sulla pratica assistenziale o su evidenze scientifiche e siamo quindi certi essere efficace nel prevenire il deterioramento clinico?

L'efficacia diagnostica del monitoraggio di routine dei parametri vitali, è argomento di dibattito già da molti anni.(3) Nonostante le conclusioni discordanti degli studi che si sono succeduti negli anni, una recente revisione sistematica del 2014(3) sembra dimostrare l'efficacia del monitoraggio routinario dei parametri vitali nel diagnosticare il deterioramento clinico e quindi nel prevenirlo.
Per quanto concerne la frequenza ottimale nella rilevazione dei parametri vitali, non vi sono ancora prove certe, ma in riferimento al contesto specifico della Medicina Interna, va evidenziato lo studio di De Vita et al, 2010, che sottolinea come l'osservazione clinica sistematica dei pazienti, compreso il rilevamento di parametri vitali almeno ogni 6-8 ore e una tempestiva e adeguata valutazione di tali valori sembrino obbligatori per riuscire ad identificare un iniziale deterioramento dei pazienti in ospedale, anche se uno studio danese (4) ha evidenziato che tali valutazioni sono fatte di rado ed in modo irregolare.(5)

Una parentesi specifica, va fatta però, per la rilevazione dei parametri vitali durante la notte.
Se è vero, infatti, che gli stessi possono essere indicativi d'imminente deterioramento clinico, il monitoraggio routinario durante la notte provoca interruzione del sonno, in un sonno già frammentato qual è quello dei pazienti ricoverati, comportando dei risultati negativi per la salute, compresi elevati valori di pressione arteriosa e delirium . Ciò suggerisce di ridurre la frequenza notturna per pazienti di medicina a basso rischio di deterioramento clinico. Tale riduzione potrebbe avere infatti benefici, considerato che la privazione del sonno può essere un fattore importante nella sindrome post-ricovero, e causa, secondo recenti studi, di riammissione ospedaliera. (6)

Nonostante la mancanza di prove certe, il monitoraggio dei parametri vitali con o senza l'uso di sistemi di rilevazione standardizzata, riceve attualmente molta attenzione nel quadro di programmi di qualità e sicurezza. In tutto il mondo, sono state elaborate linee di indirizzo per l'identificazione dei pazienti a rischio di deterioramento clinico per mezzo di punteggi "early warning" o modelli analoghi, in cui le misurazioni dei segni vitali sono combinate in un punteggio complessivo(3).

In letteratura esistono diversi strumenti, come **Early Warming System "EWS"**, che hanno lo scopo di assegnare un punteggio, relativamente al valore numerico di diversi parametri fisiologici vitali (*ad esempio, la pressione arteriosa, la frequenza cardiaca, la saturazione periferica dell'ossigeno, la frequenza respiratoria, il livello di coscienza e la diuresi)* al fine di identificare precocemente un paziente a rischio di degrado. (7)
Lo scopo dei punteggi di allarme precoce è quello di aiutare tutti gli infermieri a rilevare il deterioramento celermente, al fine di salvare i pazienti da eventi imprevisti, durante il corso della malattia.(8)
A tale proposito è stata recentemente tradotta, adattata e pubblicata dalla regione Toscana la lineaguida del Royal College of Physician, "Nationals Earlys Warnings Scores (NEWS)", Misurazione standardizzata della gravità della malattia.
Il principio di base della linea guida è la raccolta di parametri vitali di usuale e facile riscontro in una scala a punteggio, che consenta una veloce e condivisa valutazione dello stato clinico, sia ai sanitari che ai caregivers, dopo adeguata formazione.

Negli ospedali in particolare, essa può consentire di:

⇒ cogliere il deterioramento delle funzioni fisiologiche prima che gli eventi avversi precipitino a cascata;

⇒ definire l'intensità di cura necessaria, fornendo indicazioni precise per la frequenza e la tipologia dell'assistenza nelle sezioni di degenza. (9)

In conclusione, poiché l'efficacia diagnostica del monitoraggio dei parametri vitali, dipende anche dalla capacità degli infermieri di riconoscere i primi segni di deterioramento del paziente e quindi di attivare un'assistenza rapida prima che i pazienti si deteriorino ulteriormente, occorre agire sul fronte educativo.

Lo sviluppo educativo dovrebbe pertanto includere:

* la sensibilizzazione e la comprensione dell'importanza di eseguire un completo monitoraggio dei parametri vitali;
* l'acquisizione della conoscenza clinica di base: fisiologia e fisiopatologia per interpretare correttamente segni vitali anormali suggestivi di deterioramento clinico del paziente;
* esperienze, basate su scenari di apprendimento specifico;
* l'educazione e la comunicazione efficace per lo sviluppo di abilità per la segnalazione del deterioramento del paziente in modo convincente e assertivo. (10)

Infine, esistendo ancora deboli evidenze scientifiche per quanto riguarda la frequenza ottimale di misurazione dei parametri vitali nelle persone ricoverate, la ricerca futura dovrebbe concentrarsi sia sulla tempistica di monitoraggio che sulla valutazione e progressione dello stato di deterioramento dei pazienti.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

1. Evans D, Hodgkinson B, Berry J.
   Vital signs in hospital patients: a systematic review.
   Int J Nurs Stud [Internet]. 2001 Dec [cited 2015 Feb 17];38(6):643–50.
2. M Elliott, A Coventry
   The eight vital signs of patient monitoring
   British Journal of Nursing 2012; 21(10):621-625
3. Storm-Versloot MN, Verweij L, Lucas C, Ludikhuize J, Goslings JC, Legemate D a., et al.
   Clinical relevance of routinely measured vital signs in hospitalized patients: A systematic review.
   J Nurs Scholarsh. 2014;46:39–49.
4. Fuhrmann L, Lippert A, Perner A, Østergaard D.
   Incidence, staff awareness and mortality of patients at risk on general wards.
   Resuscitation. 2008 Jun;77(3):325-30
5. Bunkenborg G, Samuelson K, Åkeson J, Poulsen I.
   Impact of professionalism in nursing on in-hospital bedside monitoring practice.
   J Adv Nurs. 2013;69:1466–77.
6. Jordan C. Yoder, BA; Trevor C. Yuen, BA; Matthew M. Churpek, MD, MPH; Vineet M. Arora, MD, MAPP; Dana P. Edelson, MD, MS.
   A prospective Study of Nighttime Sign Monitoring Frequency and Risk of Clical Deterioration.
   JAMA iNTERN MED. 2013;173(16):1554–5.
7. Hackmann G, Chen M, Chipara O, Lu C, Chen Y, Kollef M, et al.
   Toward a two-tier clinical warning system for hospitalized patients.
   AMIA Annu Symp Proc. 2011; 2011: 511–519.
8. Albert BL, Huesman L.
   Development of a modified early warning score using the electronic medical record.
   Dimens Crit Care Nurs. 2011 Sep-Oct;30(5):283-92
9. Giancarlo Berni, Cesare Francois LT.
   National Early Warming Score (NEWS) Misurazione standardizzata della gravità della malattia.
   SNLG Reg 24. 2014;
10. Chua WL, Mackey S, Ng EK, Liaw SY.
    Front line nurses' experiences with deteriorating ward patients : a qualitative study.
    Int Nurs Rev. 2013 Dec;60(4):501-9

REFERENCE N°1

Int J Nurs Stud. 2001 Dec;38(6):643-50.
Vital signs in hospital patients: a systematic review. .
Evans D[1], Hodgkinson B, Berry J.

Abstract
OBJECTIVES: This review was initiated to identify the best available evidence on vital sign measurements in hospital patients.
METHOD: Inclusion Criteria--Studies that evaluated some aspect of vital signs. Search--Covered all major databases and the references of identified studies. Data Analysis--Because of the nature of identified studies, data were summarised using narrative rather than statistical methods.
RESULTS: A total of 737 papers of which 69 met the inclusion criteria.
CONCLUSION: This review has highlighted a need for further investigation of issues related to the role, nature and optimal practice of monitoring patient vital signs.
PMID:11602268

REFERENCE N°2

Br J Nurs. 2012 May 24-Jun 13;21(10):621-5.
The eight vital signs of patient monitoring
Elliott M[1], Coventry A.

Abstract
Nurses have traditionally relied on five vital signs to assess their patients: temperature, pulse, blood pressure, respiratory rate and oxygen saturation. However, as patients hospitalised today are sicker than in the past, these vital signs may not be adequate to identify those who are clinically deteriorating. This paper describes clinical issues to consider when measuring vital signs as well as proposing additional assessments of pain, level of consciousness and urine output, as part of routine patient assessment.
PMID:22875303

REFERENCE N°3

J Nurs Scholarsh. 2014 Jan;46(1):39-49. doi: 10.1111/jnu.12048. Epub 2013 Oct 11.
Clinical relevance of routinely measured vital signs in hospitalized patients: A systematic review.
Storm-Versloot MN[1], Verweij L, Lucas C, Ludikhuize J, Goslings JC, Legemate DA, Vermeulen H.

Abstract

BACKGROUND: Conflicting evidence exists on the effectiveness of routinely measured vital signs on the early detection of increased probability of adverse events.
PURPOSE: To assess the clinical relevance of routinely measured vital signs in medically and surgically hospitalized patients through a systematic review.
DATA SOURCES: MEDLINE, Embase, Cochrane Central Register of Controlled Trials (CENTRAL), Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature, and Meta-analysen van diagnostisch onderzoek (in Dutch; MEDION) were searched to January 2013.
STUDY SELECTION: Prospective studies evaluating routine vital sign measurements of hospitalized patients, in relation to mortality, septic or circulatory shock, intensive care unit admission, bleeding, reoperation, or infection.
DATA EXTRACTION: Two reviewers independently assessed potential bias and extracted data to calculate likelihood ratios (LRs) and predictive values.
DATA SYNTHESIS: Fifteen studies were performed in medical (n = 7), surgical (n = 4), or combined patient populations (n = 4; totaling 42,565 participants). Only three studies were relatively free from potential bias. For temperature, the positive LR (LR+) ranged from 0 to 9.88 (median 1.78; n = 9 studies); heart rate 0.82 to 6.79 (median 1.51; n = 5 studies); blood pressure 0.72 to 4.7 (median 2.97; n = 4 studies); oxygen saturation 0.65 to 6.35 (median 1.74; n = 2 studies); and respiratory rate 1.27 to 1.89 (n = 3 studies). Overall, three studies reported area under the Receiver Operator Characteristic (ROC) curve (AUC) data, ranging from 0.59 to 0.76. Two studies reported on combined vital signs, in which one study found an LR+ of 47.0, but in the other the AUC was not influenced.
CONCLUSIONS: Some discriminative LR+ were found, suggesting the clinical relevance of routine vital sign measurements. However, the subject is poorly studied, and many studies have methodological flaws. Further rigorous research is needed specifically intended to investigate the clinical relevance of routinely measured vital signs.
CLINICAL RELEVANCE: The results of this research are important for clinical nurses to underpin daily routine practices and clinical decision making.
KEYWORDS: Systematic review; blood gas monitoring; hospital; prognosis; transcutaneous; vital signs
PMID:24124656

REFERENCE N°4

Resuscitation. 2008 Jun;77(3):325-30. doi: 10.1016/j.resuscitation.2008.01.009. Epub 2008 Mar 14.
Incidence, staff awareness and mortality of patients at risk on general wards.
Fuhrmann L[1], Lippert A, Perner A, Østergaard D.

Abstract

The aim of this study was to estimate the incidence, staff awareness and subsequent mortality of patients with abnormal vital signs on general wards in a Danish university hospital.
DESIGN AND SETTINGS: Prospective data collection in two surgical and three medical wards at Herlev University Hospital, Copenhagen. Study personnel measured vital signs of all patients present on the wards at random points during the evening and interviewed nursing staff about patients with abnormal vital signs. Simplified medical emergency team (MET) calling criteria were used to define abnormal vital signs.
INTERVENTIONS: None.
RESULTS: During the 2-month data collection period, 877 patients were included in the study and 155 (18%) had abnormal vital signs. The 30-day mortality in this group was 13% compared to 5% among patients with normal vital signs ($p<0.0001$).

Of the 155 patients with abnormal signs, nursing staff were not aware of all of the patient's abnormalities in 67 (43%) cases. For 20 patients (13%), staff were aware of some of their abnormalities, while for 52 patients (34%), staff were aware of all their abnormalities.
CONCLUSIONS: One out of five patients in the general wards developed abnormal vital signs during the 2-month study period and these patients had a 3-fold increased 30-day mortality. For almost half of the patients, nursing staff were unaware of their abnormal vital signs. Strategies to improve identification of patients at risk should be an initial step in preventing serious adverse events on the general wards.
PMID:18342422

REFERENCE N°5

J Adv Nurs. 2013 Jul;69(7):1466-77. doi: 10.1111/jan.12003. Epub 2012 Aug 27.
Impact of professionalism in nursing on in-hospital bedside monitoring practice.
Bunkenborg G[1], Samuelson K, Akeson J, Poulsen I.

Abstract

AIM:
This article reports a study exploring nursing practice of monitoring in-hospital patients including intra- and interprofessional communication and collaboration.
BACKGROUND:
Sub-optimal care in general in-hospital wards may lead to admission for intensive care, cardiac arrest, or sudden death. Reasons may include infrequent measurements of vital parameters, insufficient knowledge of their predictive values, and/or sub-optimal use of Medical Emergency Teams. This study was designed to improve understanding of nursing practice and to identify changes required to support nursing staff in improving standards of clinical monitoring practice and patient safety in general in-hospital wards.
DESIGN:
The study was designed as a qualitative descriptive clinical study, based on method triangulation including structured individual observations and semi-structured individual interviews.
METHODS:
In the spring of 2009, structured observations and semi-structured interviews of 13 nurses were carried out at a university hospital in Copenhagen, Denmark. The observational notes and interview transcriptions were analysed using content analysis.
RESULTS:
One theme (Professionalism influences nursing monitoring practice) and two sub-themes (Knowledge and skills and Involvement in clinical practice through reflections) were identified. Three categories (Decision-making, Sharing of knowledge, and Intra- and interprofessional interaction) were found to be associated with the theme, the sub-themes, and with each other.
CONCLUSION:
Clinical monitoring practice varies considerably between nurses with different individual levels of professionalism. Future initiatives to improve patient safety by further developing professionalism among nurses need to embrace individual and organizational attributes to strengthen their practice of in-hospital patient monitoring and management.
PMID:22924865

REFERENCE N°6

JAMA Intern Med. 2013 Sep 9;173(16):1554-5.
A prospective Study of Nighttime Sign Monitoring Frequency and Risk of Clical Deterioration
Yoder JC[1], Yuen TC, Churpek MM, Arora VM, Edelson DP.

Comment in
No rest for the weary…or the sick. [JAMA Intern Med. 2013]
Acutely ill patients will likely benefit from more monitoring, not less--reply. [JAMA Intern Med. 2014]
Acutely ill patients will likely benefit from more monitoring, not less. [JAMA Intern Med. 2014]

Abstract
The routine practice of collecting vital signs every 4 hours in hospitalized ward patients has been perpetuated since as early as 1893, but there is little evidence to support this tradition[1]. Although vital signs can be indicative of impending clinical deterioration, routine nighttime vital sign monitoring adds to the already fragmented sleep of inpatients. Sleep disruptions are prevalent among ward patients and are associated several negative health outcomes, including elevated blood pressures and delirium[2,3]. Overnight vital sign checks not only are an especially bothersome disruptor but also can deplete crucial health care resources. Track and trigger systems, such as the Modified Early Warning Score (MEWS), have been used to identify high-risk patients for critical interventions[4]. The present study investigated whether the MEWS could identify low-risk-patients who might forgo overnight vital sign monitoring.
PMID:23817602

REFERENCE N°7
AMIA Annu Symp Proc. 2011;2011:511-9. Epub 2011 Oct 22.
Toward a two-tier clinical warning system for hospitalized patients
Hackmann G[1], Chen M, Chipara O, Lu C, Chen Y, Kollef M, Bailey TC.

Abstract
Clinical study has found early detection and intervention to be essential for preventing clinical deterioration in patients at general hospital units. In this paper, we envision a two-tiered early warning system designed to identify the signs of clinical deterioration and provide early warning of seriousclinical events. The first tier of the system automatically identifies patients at risk of clinical deterioration from existing electronic medical record databases. The second tier performs real-time clinical event detection based on real-time vital sign data collected from on-body wireless sensors attached to those high-risk patients. We employ machine-learning techniques to analyze data from both tiers, assigning scores to patients in real time. The assigned scores can then be used to trigger early-intervention alerts. Preliminary study of an early warning system component and a wireless clinical monitoring system component demonstrate the feasibility of this two-tiered approach.
PMID:22195105

REFERENCE N°8

Dimens Crit Care Nurs. 2011 Sep-Oct;30(5):283-92. doi: 10.1097/DCC.0b013e318227761d.
Development of a modified early warning score using the electronic medical record.
Albert BL[1], Huesman L.

Abstract
The purpose of early warning scores is to help all nurses detect early deterioration in order to rescue patients from unexpected events, which arise from complications during the course of illness and recovery. This article describes one institution's work in developing a modified early warning score in conjunction with an electronic medical record to facilitate scoring and monitoring, in order to improve patient safety.
PMID:21841425

REFERENCE N°9
Giancarlo Berni, Cesare Francois LT.
National Early Warming Score (NEWS) Misurazione standardizzata della gravità della malattia.
SNLG Reg 24. 2014;

REFERENCE N°10

Int Nurs Rev. 2013 Dec;60(4):501-9. doi: 10.1111/inr.12061. Epub 2013 Oct 16.
Front line nurses' experiences with deteriorating ward patients : a qualitative study.
Chua WL[1], Mackey S, Ng EK, Liaw SY.

Abstract
BACKGROUND:
Nurses in the general ward are faced with patients who are at high risk of clinical deterioration. Having the key role in performing routine vital signs monitoring, non-registered nurses such as enrolled nurses are the front line nurses who play a pivotal role in detecting and responding to the deteriorating ward patient.
AIMS:
(1) To explore the experience of enrolled nurses with deteriorating patients in pre-cardiac arrest situations and (2) to identify strategies to enhance their role in caring for deteriorating ward patients.
METHOD:
A qualitative study using critical incident technique was conducted. Fifteen enrolled nurses who had encountered deteriorating ward patients were interviewed. Data were analysed using content analysis.
FINDINGS:
Three themes emerged describing enrolled nurse's experience with deteriorating patients: recognizing deterioration, responding to deterioration and taking responsibility. Two themes, including educational development and modifying clinical processes, were strategies identified to enhance the ability of enrolled nurses in recognizing and managing deteriorating patients.
CONCLUSION:
The study highlighted a need to enhance the ability of front line nurses in recognizing and responding to patient deterioration through nursing education and modifications of clinical processes.
IMPLICATIONS FOR NURSING AND HEALTH POLICY:
Nursing education could focus on increasing the awareness of the importance of performing complete vital signs monitoring and undertaking accurate interpretation of vital signs. Strategies to improve clinical processes could include the need for registered nurses to provide supervision of enrolled nurses in the interpretation of vital signs readings and share the responsibility of performing vital signs monitoring.
PMID:24131252

VII CONFERENZA NAZIONALE DELLE POLITICHE DELLA PROFESSIONE INFERMIERISTICA

LE MAPPE DI UN PERCORSO LA QUESTIONE "COMPETENZE SPECIALISTICHE"

BOLOGNA 27 GIUGNO

A cura di N. Postal

Il giorno 27 giugno 2014 si è svolta a Bologna la VII Conferenza Nazionale delle Politiche della Professione Infermieristica del nostro Ordine Professionale, con l'obiettivo di riflettere sul tema "competenze".
Nel 2011 era stato attivato un lavoro congiunto tra Regioni e Ministero per individuare i bisogni socio-sanitari della nostra comunità e rivedere il profilo infermieristico alla luce dei cambiamenti non solo sociali ma anche interprofessionali. Da questo tavolo di discussione usciva un documento che riconosceva: le 5 aree sanitarie (chirurgica, psichiatrica, materno-infantile, critica e di sanità pubblica), alle quali nel 2013 si è aggiunta l'area medica; la formazione specialistica di ogni area; l'individuazione dell' "infermiere esperto"; l'approfondimento della disciplina clinica funzionale al processo di assistenza infermieristica; la capacità di lavorare in squadra con paradigmi diversi; la riaffermazione dei principi contenuti nella legge 43 del 2006.
Nel 2013 è emerso il bisogno di una rivisitazione dei percorsi formativi dei Corsi di Laurea 1°livello, di quelli di Laurea Magistrale e dei Master, basati su norme già esistenti (codice deontologico, profilo professionale, ordinamento didattico), con l'obiettivo di omogeneità su tutto il territorio nazionale. In questi ultimi anni, infatti, si è assistito ad una forma di "competenza concorrente , ossia ad una libertà (spazio) delle Regioni rispetto alla gestione dei percorsi formativi. Questo ha comportato sia uno sviluppo disarmonica fra le diverse Regioni, sia la libertà delle Università di indire qualsiasi master.
Ma quali sono i master che consentono alla Professione Infermieristica di crescere e quali quelli veramente funzionali al bisogno della sanità? E ancora qual è il campo proprio dell'Infermiere?
Mentre c'è una chiara definizione dell'atto infermieristico, non è altrettanto per quello medico. Parlare di competenze specialistiche (chiamiamole specialistiche e non avanzate!) non significa solo aggiunta di funzioni/attività tecniche/ "compiti"/ prestazioni, ma

significa capacità di assumere decisioni complete e saper agire un'assistenza complessa. Non si deve confondere il termine "competenza" con semplice atto tecnico: la competenza non è solo il posizionamento di un catetere venoso centrale, bensì tutto quello che sta attorno a quel posizionamento, come la conoscenza dei rischi connessi al posizionamento e la capacità di saperli gestire assumendo decisioni validate e appropriate. Per ogni area si deve declinare ed esplodere un percorso che non si limiti ad un compito, ad una mansione o ad un'attività perché ciò sarebbe un vero e proprio ritorno al mansionario.
È necessario, quindi, riflettere su percorsi formativi richiesti da nuove tecnologie, con cui l'infermieristica si trova e si troverà a dover interagire, pur rispettando le competenze di altre categorie; sulle competenze che realmente gli infermieri potranno agire alla luce del nuovo fabbisogno sanitario e della scarsità di risorse umane; sul percorso formativo di base (infermiere generalist), in quanto, solo se è chiaro cosa fa l'infermiere di base, si può capire cosa significhi essere un infermiere specialista, e infine sulla corretta allocazione di questi professionisti nell'organizzazione e su un'appropriata valutazione.
Tuttavia, la sfida più importante che si trova ad affrontare l'infermieristica è quella del territorio, nello specifico gestire la cronicità e la continuità assistenziale con un infermiere con la "i" maiuscola. Il paziente è al

centro del percorso, dove la presa in carico non è più monodimensionale bensì multiprofessionale. Infatti, tra gli obiettivi dell'OMS per il 2020 non c'è solo il miglioramento della salute per tutti ma anche il miglioramento della leadership/governante.

Purtroppo ci troviamo a rincorrere questi obiettivi all'interno di una crisi economica che fa sentire le conseguenze anche sulla salute, con una popolazione infermieristica molto invecchiata (la media di età è 45,8 anni e circa 40.000 infermieri hanno un'età compresa tra i 45 e 65 anni), e bisognosa a sua volta, sono molti, infatti, i dipendenti che usufruiscono della Legge 104 di supporto e con limitazioni all'attività.

Questo porta ad una sempre maggior difficoltà della sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale a garantire l'universalismo e l'equità e a contrastare la carenza senza penalizzare l'utenza.
Stiamo inoltre assistendo alla nascita di una "sanità transnazionale" data dall'incessante ondata migratoria verso il nostro paese, che porta con sé nuovi significati di malattia e di bisogno, dati da altre culture.

PROSSIMI INCONTRI, CONGRESSI E CONVEGNI

A.N.I.M.O.
VI° CORSO ANIMO
LE NUOVE FRONTIERE DEL WOUND CARE
SABATO 11 APRILE 2015
HOTEL VALDARNO - MONTEVARCHI (AR)

FADOI
IPASVI
NH SAVONA DARSENA SAVONA
11 APRILE 2015
V Congresso
ANÍMO FADOI
Liguria
I PERCORSI CLINICO ASSISTENZIALI
IN MEDICINA INTERNA UPDATE 2015

CESPI
Il Primary nursing attraverso le esperienze:
Una riflessione sui risultati con il contributo di Marie Manthey
Evento cod. 1305-
Il corso sarà accreditato per tutte le professioni sanitarie
TORINO 16 APRILE 2015
Museo Nazionale dell'Automobile «Avv. Giovanni Agnelli», Corso Unità d'Italia, 40, Torino

X
CONGRESSO NAZIONALE
ANíMO
9-10 maggio 2015
Centro Congressi Lingotto
TORINO
XX
CONGRESSO NAZIONALE
FADOI
9-12 maggio 2015
Centro Congressi Lingotto
TORINO
A.N.I.M.O.
FADOI