Dicembre
2018 - N. 65

ISSN 2281-9479

Agorà

PERIODICO DI INFORMAZIONE DELL'ORDINE DI COMO

Patogenesi del demansionamento professionale
DI DARIO CREMONESI
P. 3

L'addio agli Assistenti Sanitari
DI MARINA BUSNELLI
P. 9

A Como, il Convegno sugli Ambiti Disciplinari
DI ALESSANDRO D'ANGELO E MARCO CAVALLASCA
P. 22

Il Convegno Aniarti e la programmazione 2019
P. 51

OPI COMO
Ordine delle Professioni Infermieristiche

Agorà
Dicembre 2018 - N. 65

Direttore Responsabile:
Dario Cremonesi

Vice Direttore e Capo Redattore
Massimo Franzin

Comitato di Redazione:
Paola Pozzi, Elena Cavadini,
Alessandra Kiszka, Federica Viganò,
Giuseppe Chindamo, Alessandro D'Angelo

Segreteria di Redazione:
Daniela Sereni, Daniela Zanini

Sede, Redazione, Amministrazione:
Ordine delle Professioni Infermieristiche
della Provincia di Como - Via C. Battisti, 8 - 22100 Como

Proprietario:
OPI Como

Impaginazione e stampa:
Elpo Edizioni - Como
www.elpoedizioni.com

Quadrimestrale Informativo dell'Ordine delle Professioni
Infermieristiche di Como
Pubblicazione autorizzata dal Tribunale di Como
con decreto 1/98 del 09/02/1998

Per contattarci:
tel. 031/300218 - fax 031/262538
e-mail: info@opicomo.it

Lettere alla Redazione:
Per scrivere al direttore,
invia una mail a: info@opicomo.it

Per scaricare la rivista online:
www.opicomo.it
AGORA'

FOTO IN COPERTINA
Claudia Bicelli e Davide Corti - Assistenza Infermieristica
su mezzo di soccorso avanzato di secondo livello
in Regione Lombardia

L'Editoriale
PATOGENESI DEL DEMANSIONAMENTO PROFESSIONALE
Affrontare il fenomeno attraverso una "Root Cause Analysis"
di Dario Cremonesi

L'Editoriale
6 Demansionamento: capiamo un po' di più

Politica e professione
9 Addio Assistenti Sanitari
Diventa attuativa la migrazione ad altro Ordine
12 Al Sant'Anna inaugurata la mostra sui 60anni della formazione infermieristica
14 Analisi del CCNL Comparto Sanità approvato quest'anno

L'Ordine Informa
13 Nuova PEC
20 Iscrizioni e cancellazioni

L'Evento
22 A Como, il Convegno sugli Ambiti Disciplinari
24 12 maggio 2018: un convegno in onore degli infermieri

Infermiere in area critica
26 L'efficacia dell'opuscolo informativo nella riduzione dell'ansia in pazienti sottoposti ad angioplastica coronarica

L'infermiere nella storia
31 1915-1918 Medicina, clinica ed assistenza infermieristica in grigioverde

Diritto e rovescio
38 L'infermiere legale forense in Italia. Fra realtà e futuro

Infermiere e università
49 P.U.C.A percorso universitario per l'apprendimento clinico assistenziale

Commissione esercizio
44 Studio Multicentrico Nazionale in collaborazione con l'Unversità degli Studi di Roma La Sapienza

Commissione immagine
45 Obiettivi programmatici

Infermiere e solidarietà
47 L'esperienza a Lourdes con gli infermieri di OFTAL
48 Chiude l'esperienza al Campo Cappelletti, il nostro impegno continua

Dall'Ordine
49 Pronunciamento Consiglio Nazionale 13/10/2018 su condotta social iscritti

Lettere alla redazione
50 Un saluto al coordinatore infermieristico Grilli Rossana

Commissione formazione
51 Elenco programmazione dei corsi gratuiti per iscritti OPI Como anno 2019

di Dario Cremonesi

Patogenesi del demansionamento professionale

Affrontare il fenomeno attraverso una "Root Cause Analysis"

Dario Cremonesi
Presidente Ordine delle Professioni Infermieristiche Provincia di Como

Tra i fenomeni contemporanei più aggressivi, compromettenti l'agire professionale quotidiano, raggiunge senza dubbio il podio della decapitalizzazione del panorama infermieristico quello del demansionamento. Talvolta palese, quanto invece estremamente insidioso, il demansionamento sprigiona effetti corrosivi che minano la professione infermieristica sia all'interno della comunità professionale sia nell'immaginario collettivo, fortemente influenzato dall'onda mediatica tendenzialmente screditante, che riconduce alla figura infermieristica ogni altro operatore che indossi una divisa o satelliti a vario titolo nel sistema salute.

Demansionamento [de-man-sio-na-mén-to] n. m., pl. –i: dequalificazione di un lavoratore consistente nell'affidargli mansioni inferiori a quelle dovute per contratto (o comunque già esercitate prima). Etimologia: ← comp. di de– e un deriv. di mansione.

Già solo l'etimologia della parola dovrebbe in qualche modo riportarci a quei moti storici, propri del nostro processo di professionalizzazione, che rifuggono dal termine stesso, tuttavia impiegato in modo proprio e corrente sia in lessicologia sia in giurisprudenza, senza che il significato ne comporti un'accezione depauperante. Assodato quindi l'eventuale empasse dialettico, è necessaria una digressione semantica rispetto all'ambito fisico o situazionale in cui il demansionamento si possa verificare realmente o potenzialmente. Recentemente la FNOPI si è pronunciata sul tema ritenendo che sia quantomeno opportuno estendere tale riflessione alla valutazione e certificazione di un problema e alle responsabilità sugli esiti sensibili alle cure infermieristiche (NSO), che rendono un intervento di pertinenza di un professionista specifico, anziché sulla singola e/o isolata prestazione (CN-FNOPI, 2018). In altri termini quindi, l'invito è ad un ragionamento induttivo e di più ampio respiro, che prescinda da regole di buon senso che gli infermieri adottano come modus operandi quotidiano (poiché questo va sottolineato, gli infermieri non si sottraggono a priori), puntando invece a cosa sia effettivamente da ritenersi ricompreso in uno degli ambiti disciplinari, e al sapere disciplinare peculiare che questi sottendono.

Oggi più che mai beneficiamo di un sapere disciplinare, progressivamente edificato attraverso diverse leve: dall'arricchimento dei concetti fondamentali della disciplina infermieristica, attraverso i diversi modelli concettuali di riferimento, al superamento di tradizioni e saperi culturali; dall'identificazione della ragion d'essere disciplinare, all'individuazione di ambiti autonomi e di responsabilità dell'esercizio professionale. Non ultima, la linea del tempo, ha permesso di tracciare in parallelo una densa ed articolata evoluzione normativa, a supporto del posizionamento degli infermieri nel panorama delle professioni sanitarie e del SSN.

In sostanza, per la Legge è quindi chiaro chi siamo, quali siano le chiavi di lettura storiche, sociologiche e finanche politiche del nostro processo di professionalizzazione, in quali ambiti e perimetri operiamo ma soprattutto, quali responsabilità in senso lato caratterizzino esponenzialmente il nostro agire professionale.

Allora, per quali ragioni ancora oggi è necessario ribadire il giusto posizionamento della professione infermieristica all'universo sanitario entro cui gravitiamo, e a tutti gli attori coinvolti (colleghi inclusi), rispetto all'incombenza

Continua a pag. 4 ☛

del demansionamento? Quali sono i distorti nessi causali che ne favoriscono insorgenza e persistenza in determinati contesti?
Provando a leggere il demansionamento attraverso l'approccio metodologico di una Root Cause Analysis (RCA) è necessario intendere il fenomeno come evento finale - non desiderato- di un percorso che parte dalle cosiddette latent condition (condizioni organizzative e di contesto con lacune, inefficienze di tipo progettuale) e latent failure (condizioni concrete in cui gli individui si trovano ad operare), esaminando le active failure, cioè azioni non sicure o improprie (errori umani, violazioni, omissioni) che portano all'insorgenza del problema. Date queste premesse strumentali di approccio, si può quindi ritenere che il demansionamento intacchi, di fatto, terreni tanto più fertili quanto più è anonima, impersonale e fungibile la figura infermieristica, proprio perché misconosciuto è il background di substrato e impianto del sapere disciplinare esclusivo. Il rischio è che il consolidamento non disinnescato delle active failure porga il fianco ad una sgradevole correlazione tra tale voragine - che evoca un acre sentimento di sconfitta - e la possibilità che da demansionamento si precipiti nell'ancor più impervia cerchia della deprofessionalizzazione.
Mantenendo per un istante il focus su singoli atti, azioni o compiti, non risulta complesso evidenziare quanto la realizzazione di interventi di natura estranea all'assistenza infermieristica debba competere più propriamente ad altre figure: a personale di estrazione amministrativa, ad esempio, adempimenti burocratici che non comportino interventi ponderati di valutazione e/o pianificazione dell'assistenza, o a figure di supporto, invece, l'erogazione di servizi di carattere assistenziale - alberghiero, per persone con un grado di autonomia non eccessivamente compromesso. Ma la complessità, neppure in questi casi risulta residuale, e diventa dirimente, come suggerito, interpretare le azioni in un'ottica di processo: cosa può essere attribuito ad altri operatori che supportino l'assistenza infermieristica? In capo alla figura del professionista infermiere vi è infatti l'onere dell'attribuzione di compiti a personale di supporto, adeguatamente preparato e titolato allo svolgimento di attività, che concorra al soddisfacimento dei bisogni assistenziali e alle cure in generale, piuttosto che all'assolvimento di mansioni ad elevata riproducibilità e codificabili, non meno importanti in un'ottica organizzativa efficace ed efficiente, a figure ausiliarie o con qualifiche diverse/antecedenti a quella di OSS. Se tali figure esistono, in una data organizzazione, è quindi ovviabile l'impropria sottrazione di tempo-lavoro all'assistenza infermieristica e all'unico profilo che in tal senso ne è responsabile, causa svolgimento di compiti attribuibili a terzi, sempre a seguito di valutazione (pre-post) al letto del paziente non altrimenti delegabile, o di quanto egli ulteriormente necessiti in termini di salute. Questa operazione di selezione e identificazione di priorità, spesso riconducibile a piani di lavoro, è tutt'altro che scontata e banale se debitamente supportata dall'impiego di strumenti propri di gestione e organizzazione, e investe quotidianamente gli infermieri e i coordinatori nella programmazione di realtà sempre più complesse, risultando parte integrante del processo assistenziale, nonché indice di qualificazione, poiché rappresenta uno tra i diversi aspetti sostanziali della responsabilità sugli esiti attesi dall'assistenza infermieristica (ESI-NSO). La prevenzione fenomenologica della deprofessionalizzazione, in questo caso, non è relegata al singolo professionista; certamente richiama ad una forte consapevolezza dell'identità professionale individuale, ma la responsabilità organizzativa ai vari livelli gerarchici del management infermieristico e delle professioni sanitarie, concorre a realizzare una sorta di piano regolatore della tutela di un'identità professionale infermieristica collettiva. Riportando quindi l'attenzione sulla persona (paziente, cliente, utente...), quanto descritto sinora non cambia di senso, ma aumenta di significato. "L'infermiere è responsabile dell'assistenza generale infermieristica (preventiva, curativa,

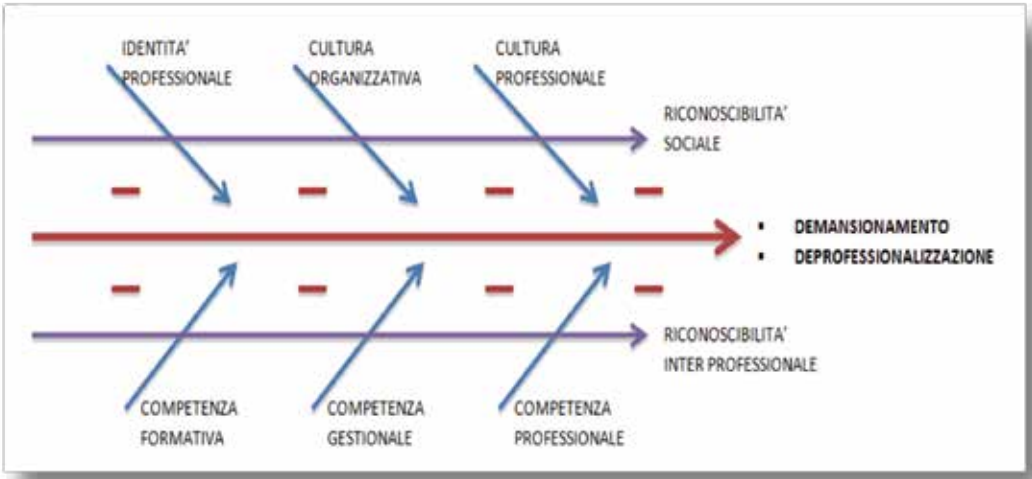


Fig. 1 – Diagramma di Ishikawa (RCA): polarità positiva

palliativa e riabilitativa - di natura tecnica, relazionale, educativa)" recita il D.M. 739/1994. Nessun riferimento ad atti, azioni, compiti. Nessun riferimento a mansioni. E se è vero che queste ultime scompaiono definitivamente con la Legge 42/1999, non può essere considerato demansionante ciò che è specificatamente ricompreso nel processo di assistenza infermieristica individualizzato e personalizzato, imprescindibile da ciascuna fase che lo caratterizzi e che abbia come unico destinatario l'uomo/persona. Autonomia e responsabilità infermieristiche sono esclusive. L'erogazione di prestazioni semplici o complesse sono risposta a specifici bisogni di assistenza infermieristica, sono outcome intermedi da sottoporre a nuova valutazione mai delegabile, sono esiti attesi poiché pianificati e sensibili alle cure infermieristiche. Modi, tempi, mezzi o strumenti scelti dal professionista, definiscono possibili modelli di "presa in carico", che nella realizzazione prevedono competenze di metodo, abilità tecnico - pratiche e capacità decisionali nell'attribuzione di azioni/atti. In quest'ottica, le linee di azione della Federazione sul fenomeno del demansionamento suggeriscono quindi che sia necessario interrogarsi sulla pertinenza di quanto da porre in essere, ovvero se sia:

- indispensabile/utile in termini di tempo di realizzazione (es. risposta immediata vs posticipabile);
- opportunamente realizzabile dall'infermiere per rilevata complessità;
- attribuibile ad adeguata figura di supporto identificata.

In conclusione, risulta evidente che ogni setting assistenziale si debba autoregolare in funzione dei professionisti che lo abitano, organizzano e gestiscono, o dirigono. Tanto più pervasiva sarà l'identità professionale del singolo infermiere, quanto più si potrà assistere ad una contaminazione positiva e accrescitiva dello status professionale nell'organizzazione. Tanto più l'intervento organizzativo del middle management e di quello apicale saranno tesi alla tutela e alla valorizzazione delle diverse professionalità in campo, quanto più ciascun profilo, recante il proprio infungibile contributo nella congiunta costruzione della risposta di salute al cittadino, produrrà il valore atteso per ambiti di competenza e di responsabilità, nel rispetto dei principi deontologici di cooperazione, accountability e advocacy.

L'impegno allo strenuo contrasto di episodi isolati o consolidate mutazioni organizzative che implichino il demansionamento è perdita di valore per una professione intellettuale: ciascun professionista, indipendentemente dall'ambito disciplinare in cui è inserito ed esercita la professione, è deontologicamente ed eticamente chiamato a contribuire proattivamente alla risoluzione di questa causa. Gli ambiti disciplinari si alimentano vicendevolmente: la formazione genera nuove leve attraverso i risultati della ricerca, il management dirige, organizza e gestisce i setting assistenziali entro cui i professionisti giovani o esperti sono inseriti, l'agire quotidiano è governato dalla capacità individuale di generare valore internamente ed esternamente alla professione infermieristica.

Agli OPI provinciali il DOVERE normativo e deontologico di svolgere al meglio il mandato di rappresentanza professionale, sostenendo le organizzazioni e i colleghi nell'espressione più tutelata e tutelante della dignità professionale.

Fig. 1 – Diagramma di Ishikawa (RCA): polarità negativa

Il Presidente
Dott. Dario Cremonesi

- *Fry S. T., Johnston M.J. (2004) Etica per la pratica infermieristica: una guida per prendere decisioni etiche. (CEA).*
- *http://www.fnopi.it/norme-e-codici/deontologia/il-codice-deontologico.htm*
- *http://www.fnopi.it/norme-e-codici/deontologia/codice-deontologico-icn.htm*
- *http://www.saluteinternazionale.info/2015/12/la-crisi-della-professione-infermieristica.htm*
- *http://www.quotidianosanita.it/lavoro-e-professioni/articolo.php?articolo_id34336.htm*
- *https://www.nurse24.it/infermiere/lavorare-come-infermiere/infermiere-demansionato-l-asl-dovra-risarcirlo.html*
- *https://www.nurse24.it/infermiere/professione/demansionamento-draoli-non-si-ragiona-sull-atto-ma-sulla-persona.html*
- *http://www.fnopi.it/attualita/fnopi-ecco-le-linee-di-azione-della-federazione-sul-fenomeno-demansionamento-id2454.htm*

A cura della Commissione Demansionamento OPI Bat

Demansionamento: capiamo un po' di più

COSTRUIAMO UN NUOVO FUTURO INSIEME

INTRODUZIONE

Il **Demansionamento** è un atto consistente nell'assegnazione al lavoratore di mansioni inferiori rispetto alla sua qualifica di appartenenza, o anche nel non assegnare alcuna mansione. Esso costituisce una precisa violazione nell'ambito del diritto del lavoro. **Nel caso che stiamo esaminando**, il demansionamento costituisce una strategia con la quale l'Azienda utilizza i propri dipendenti assunti con una precisa qualifica professionale e li adibisce o costringe ad eseguire attività, compiti e funzioni che non spettano a quella professione ma ad altre categorie o qualifiche. In tal modo si realizzano figure quasi intercambiabili, o che comunque sopperiscono alle carenze organiche e quindi si risparmia sul personale utilizzandolo per le attività più disparate. Il demansionamento nella nostra realtà lavorativa ha radici lontane e nonostante la giurisprudenza dimostra esattamente il contrario, continuano a volerci far credere che certe mansioni o funzioni o attività rientrano comunque nelle nostre competenze.

NIENTE DI PIÙ SBAGLIATO.

RIFERIMENTI NORMATIVI

Partiamo dalla base

Il profilo professionale dell'Infermiere, ossia il Decreto 14 Settembre **1994 n. 739** ha eliminato la parola "ausiliario" nella definizione di Infermiere e al'Art. 1 comma 3 paragrafo f afferma:

- L'Infermiere, per l'espletamento delle funzioni, si avvale, OVE NECESSARIO, dell'opera del personale di supporto, e non che si avvale, OVE PRESENTE o SE PRESENTE o SE l'Amministrazione provvede a fare le assunzioni in numero giusto del personale di supporto.

La presenza del personale di supporto è quindi prevista dalla legge, le piante organiche parlano chiaro, e necessaria nel servizio affinché l'Infermiere, "responsabile dell'assistenza generale infermieristica" (Art.1, comma 1), pianifichi e gestisca gli interventi assistenziali ed anche igienico – domestico - alberghieri.

PIANIFICA, GESTISCE, NON SIGNIFICA PROVVEDE ED ESEGUE.

Le mansioni igienico - domestico - alberghiere, che la Suprema Corte definisce attività elementari o meramente esecutive, non sono MAI state attribuite nemmeno all'infermiere professionale ma al generico già all'epoca del Mansionario (**DPR 225/74**).
Queste mansioni costituivano già allora un pregiudizio alla professionalità in quanto l'attività di infermiere rientra nelle professioni intellettuali **articolo 2229 C.C.**
Quindi le mansioni assistenziali non competono all'infermiere ma al personale di supporto. Compensare la loro strategica e pianificata assenza significa essere Demansionati.
Molte coordinatrici didattiche e tutor delle vecchie scuole per infermieri, ma anche nelle attuali Facoltà di Infermieristica confondono la parola "RESPONSABILITÀ" con la parola "competenza".
Nelle stesse Università, tutt'oggi, si insegna e si spiega ai discenti in infermieristica come si fa l'igiene del paziente, facendogli credere che sia una nostra competenza.

NIENTE DI PIÙ SBAGLIATO.

L'Infermiere deve conoscere il metodo con cui si pratica l'igiene e saperlo insegnare, ma non che deve essere lui stesso a provvedere a tale compito.

"RESPONSABILITÀ" significa che ogni operatore assistenziale deve far capo all'Infermiere, perché solo l'Infermiere può gestire, pianificare, valutare e programmare l'assistenza.
Programmare non significa pulire la padella o rispondere al campanello o girare la manovella del letto.
Significa conoscere le esigenze del paziente ed impartire disposizioni esecutive al personale, CHE CI DEVE ESSERE, perché ogni bisogno sia soddisfatto efficacemente.
Quindi la professione di infermiere è una professione intellettuale e non una serie di esecuzioni manuali di compiti e attività.
La professione di infermiere possiede autonomia e responsabilità, capacità organizzative di coordinamento e gestionali e, discrezionalità operativa. È l'Infermiere che valuta la situazione e decide se deve intervenire in prima persona o far eseguire il compito ad altri operatori. È l'infermiere che decide cosa si deve fare, come si deve intervenire e quando si deve intervenire.
Certamente l'Infermiere non PUÒ E NON SI DEVE OCCUPARE DI TUTTO. In un organico devono essere presenti altri operatori, ognuno con le proprie competenze.

QUESTO DICE LA LEGGE.

Le fonti normative dalle quali si evince tutto ciò sono:

- Il profilo professionale **(Decreto 739/1994)**, il profilo disegnato dal decreto è quello di un professionista intellettuale, competente, autonomo e responsabile.
- Legge 42/99 **(Abrogazione** del Mansionario ex

DPR 225/1974) disposizioni in materia delle Professioni Sanitarie.
- **Legge 251/2000.**
- **Decreto Legislativo 66/03 Art. 14.**
- **Legge 43/2006.**
- **CODICE DEONTOLOGICO.**
- **COMMA 566.**

Quando l'Azienda non garantisce la pianta organica e obbliga di fatto l'Infermiere a sopperire alle carenze umane ausiliarie, commette un inadempimento contrattuale nei confronti del lavoratore, che è RISARCIBILE.

L'Articolo 2103 del Codice Civile:
Il lavoratore deve essere adibito alle mansioni per le quali è stato assunto. Ogni fatto contrario è nullo. Le mansioni inferiori sono vietate. Quindi: preparare il caffè al dottore, rifare il letto del medico di guardia, credendo come qualcuno ha voluto farci credere che il medico di notte può dormire perché è una guardia passiva mentre l'infermiere è obbligato a stare in piedi perché è una guardia attiva etc...
Sono retaggi di una mentalità vecchia, che ci predispongono in una maniera inopportuna, inadeguata.
Gli Infermieri sono sempre stati considerati manovalanza da controllare, da gestire, da sfruttare, facendogli credere che la loro è una "Missione".
È quindi arrivato il momento che gli Infermieri prendano innanzitutto consapevolezza della condizione e che imparino a diventare artefici, attori del proprio destino.
Le armi culturali per cambiare ci sono.
Usarle o meno dipende solo da noi. Continuare a subire certe mentalità non è più ammissibile. In questo campo ci troviamo a combattere spesso contro una cultura che parte dagli stessi infermieri: "Si è fatto sempre così; cosa ci possiamo fare; eh ma lo ha detto il dottore, o il direttore e io ho dovuto farlo"...e via di seguito. I nostri colleghi che studiano ed esplorano altre realtà vedono il resto del mondo e ci invitano caldamente a cambiare mentalità, a riconsiderare le vedute, la nostra professione.

INFERMIERI VS OSS

Un altro aspetto importante da considerare è l'insorgenza di conflittualità sulle competenze tra **OSS**, altre figure di supporto e infermieri. Molto spesso tali conflittualità vengono alimentate e create dalle stesse Direzioni che volutamente non forniscono chiare e precise disposizioni in materia di competenze, mansioni e non garantiscono il rispetto delle stesse tra le varie figure professionali.

Ciò alimenta un clima di confusione dei ruoli, di non specificità dove tutti sono tenuti a fare tutto e quindi diventano intercambiabili.
È NECESSARIO FARE CHIAREZZA E RISPETTARE I RUOLI.
Quindi il primo passo è:
- Cambiare la propria e la mentalità dei propri colleghi.
- Secondo passo: Formazione e Informazione. Non demandare sempre agli altri la risoluzione di certi problemi, ma imparare ad affrontarli.
- Denunciare, non accettare passivamente, collaborare, sensibilizzare i colleghi, il collegio, le Organizzazioni Sindacali, partecipare alle iniziative. NON STANCARSI MAI DI SOLLEVARE IL PROBLEMA. È in gioco la nostra dignità.

Un ASPETTO basilare da considerare è definire la REVISIONE o abrogazione dell'**Articolo 49 del Codice Dentologico**. Esso afferma: l'Infermiere, nell'interesse primario degli assistiti compensa le carenze e i disservizi che possono eccezionalmente verificarsi nella struttura in cui opera. Rifiuta la compensazione, documentandone le ragioni, quando sia abituale, o ricorrente o comunque pregiudichi sistematicamente il suo mandato professionale.
Pur specificando lo stesso articolo la condizione di eccezionalità nella quale l'Infermiere sopperisce alle carenze organiche e rifiuta la compensazione quando diventa abituale, lo stesso articolo comunque insidia la possibilità di "dubbi interpretativi", è fuorviante, PROMISCUO, non univoco. Soprattutto in una realtà lavorativa come quella attuale dove le Amministrazioni tendono a far passare tutto e sempre come una condizione di emergenza tra piani di riordino non definiti, personale costantemente carente e problemi di budget.
Tale articolo pone l'Infermiere in una condizione di PROMISCUITÀ e di non rispetto della sua professione e alimenta l'instaurarsi di situazioni che si protraggono nel tempo. Ecco perché risulta necessaria la sua ABROGAZIONE.
La verità è che l'**Articolo 49** serve come arma per sfruttare fino all'osso gli infermieri. I dirigenti Infermieristici, per esempio, per differenziarsi bene dagli infermieri si sono prodotti ultimamente un proprio codice deontologico, nel quale guarda caso non esiste nessun Articolo 49. Ma non sono loro stessi anche Infermieri?
E intanto cercano di motivarci con la scusa del comma 566. Per questo risulta importante che gli Infermieri siano UNITI e DETERMINATI nel richiedere la stessa cosa. Per le risoluzioni del problema si può anche ricorrere al giudice del lavoro opponendo ricorsi.
Ci sono già colleghi di altre regioni che hanno creduto, lottato e ottenuto riconoscimenti economici e sentenze a loro favore.
A tale proposito è nata una Associazione l'**AADI** del **Prof. Di Fresco** che si occupa di fornire informazione e consulenza legale agli Infermieri. È gestita da Infermieri, lo stesso Di Fresco è Infermiere e avvocato.

PROFILO DELL'OPERATORE SOCIO SANIARIO

L'Operatore Socio - Sanitario (di cui all'Accordo Conferenza Stato- Regioni del 22 febbraio 2001) svolge la sua attività sia nel settore Sociale che in quello Sanitario in servizi di tipo socio-assistenziali e socio-sanitari residenziali e non residenziali, in ambiente ospedaliero e al domicilio dell'utente. Svolge la sua attività su indicazione – ciascuno secondo le proprie competenze – degli operatori professionali preposti all'assistenza sanitaria e a quella sociale, ed in collaborazione con gli altri operatori, secondo il criteri del lavoro multi professionale. Le attività dell'Operatore Socio-Sanitario sono rivolte alla persona e al suo ambiente di vita, al fine di fornire:
1) Assistenza diretta e di supporto alla gestione dell'ambiente di vita;
2) Intervento igienico sanitario e di carattere sociale;
3) Supporto gestionale, organizzativo e formativo.

Allegato A – Elenco delle principali attività previste per l'Operatore Socio-Sanitario.
- Assistenza diretta ed

aiuto domestico alberghiero: assiste la persona, in particolare non autosufficiente o allettata, nelle attività quotidiane e di igiene personale; realizza attività semplici di supporto diagnostico e terapeutico; collabora ad attività finalizzate al mantenimento delle capacità psico-fisiche residue, alla rieducazione, riattivazione, recupero funzionale; realizza attività di animazione e socializzazione di singoli e gruppi; coadiuva il personale sanitario e sociale nell'assistenza al malato anche terminale e morente; aiuta la gestione dell'utente nel suo ambito di vita; cura la pulizia e l'igiene ambientale.

- Intervento igienico sanitario e di carattere sociale: osserva e collabora alla rilevazione dei bisogni e delle condizioni di rischio-danno dell'utente, collabora all'attuazione degli interventi assistenziali, valuta, per quanto di competenza, gli interventi più appropriati da proporre, collabora alla attuazione di sistemi di verifica degli interventi, riconosce ed utilizza linguaggi e sistemi di comunicazione relazione appropriati in relazione alle condizioni operative, mette in atto relazioni-comunicazioni di aiuto con l'utente e la famiglia, per l'integrazione sociale ed il mantenimento e recupero della identità personale.
- Supporto gestionale, organizzativo e formativo: utilizza strumenti informativi di uso comune per la registrazione di quanto rilevato durante il servizio, collabora alla verifica della qualità del servizio, concorre, rispetto agli operatori dello stesso profilo, alla realizzazione dei tirocini ed alla loro valutazione, collabora alla definizione dei propri bisogni di formazione e frequenta corsi di aggiornamento, collabora, anche nei servizi assistenziali non di ricovero, alla realizzazione di attività semplici. In base alle proprie competenze ed in collaborazione con altre figure professionali, sa attuare i piani di lavoro. È in grado di utilizzare metodologie di lavoro comuni (schede, protocolli,ecc...). È in grado di collaborare con l'utente e la sua famiglia: nel governo della casa e dell'ambiente di vita, nell'igiene e cambio biancheria, nella preparazione e/o aiuto all'assunzione dei pasti, quando necessario, e a domicilio, per l'effettuazione degli acquisti e nella sanificazione e sanitizzazione ambientale. È in grado di curare la pulizia e la manutenzione di arredi e attrezzature, nonché la conservazione degli stessi e il riordino del materiale dopo l'assunzione dei pasti. Sa curare il lavaggio, l'asciugatura e la preparazione del materiale da sterilizzare. Sa garantire la raccolta e lo stoccaggio corretto dei rifiuti, il trasporto del materiale biologico sanitario, e dei campioni per gli esami diagnostici, secondo protocolli stabiliti. Sa svolgere attività finalizzate all'igiene personale, al cambio della biancheria, all'espletamento delle funzioni fisiologiche, all'aiuto nella deambulazione, all'uso corretto dei presidi, ausili e attrezzature, all'apprendimento e mantenimento di posture corrette.
In sostituzione e appoggio dei famigliari e su indicazione del personale preposto è in grado di: aiutare per la corretta assunzione dei farmaci prescritti e per il corretto utilizzo di apparecchi medicali di semplice uso, aiutare nella preparazione alle prestazioni sanitarie, osservare, riconoscere e riferire alcuni dei più comuni sintomi di allarme che l'utente può presentare (pallore, sudorazione, ecc...). Attuare interventi di primo soccorso, effettuare piccole medicazioni o cambio delle stesse, controllare e assistere la somministrazione delle diete, aiutare nelle attività di animazione e che favoriscono la socializzazione, il recupero ed il mantenimento di capacità cognitive e manuali, collaborare ad educare al movimento e favorire movimenti di mobilizzazione semplici su singoli e gruppi, provvedere al trasporto di utenti, anche allettati, in barella o carrozzella, collaborare alla composizione della salma e provvedere al suo trasferimento, utilizzare semplici protocolli per mantenere la sicurezza dell'utente, riducendo al massimo il rischio, svolgere attività di informazione sui servizi del territorio e curare il disbrigo di pratiche burocratiche e accompagnare l'utente per l'accesso ai servizi.

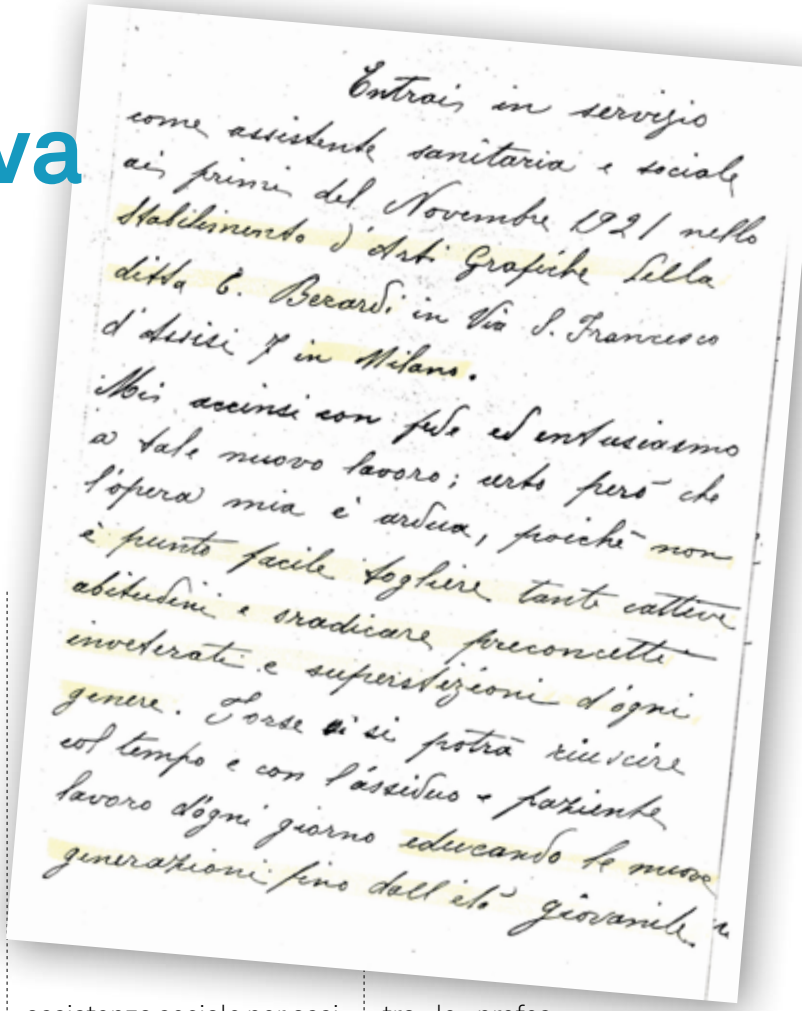
- Competenze relative alle conoscenze richieste: conosce le principali tipologie di utenti e le problematiche connesse. Conosce le diverse fasi di elaborazione dei progetti di intervent personalizzati. Riconosce per i vari ambiti, le dinamiche relazionali appropriate per rapportarsi all'utente sofferente, disorientato, agitato, demente o handicappato mentale, ecc... Èin grado di riconoscere le situazioni ambientali e le condizioni dell'utente per le quali è necessario mettere in atto le differenti competenze tecniche. Conosce le modalità di rilevazione, segnalazione e comunicazione dei problemi generali e specifici relativi all'utente. Conosce le condizioni di rischio e le più comuni sindromi da prolungato allettamento e immobilizzazione. Conosce i principali interventi semplici di educazione alla salute, rivolti agli utenti e ai loro famigliari. Conosce l'organizzazione dei servizi sociali e sanitari e quella delle reti informali.
- Competenze relazionali: sa lavorare in équipe. Si avvicina e si rapporta con l'utente e con la famiglia, comunicando in modo partecipativo in tutte le attività quotidiane di assistenza; sa rispondere esaurientemente, coinvolgendo e stimolando al dialogo. È in grado di interagire, in collaborazione con il personale sanitario, con il malato morente. Sa coinvolgere le reti informali, sa rapportarsi con le strutture sociali, ricreative, culturali dei territori. Sa sollecitare ed organizzare momenti di socializzazione, fornendo sostegno alla partecipazione ad iniziative culturali e ricreative sia sul territorio che in ambito residenziale. È in grado di partecipare all'accoglimento dell'utente per assicurare una puntuale formazione sul servizio e sulle risorse. È in grado di gestire la propria attività con la dovuta riservatezza ed eticità. Affiancandosi ai tirocinanti, sa trasmettere i propri contenuti operativi".

ORA TOCCA A NOI FARE LA NOSTRA PARTE.

*A cura di Marina Busnelli**

Addio Assistenti Sanitari

Diventa attuativa la migrazione ad altro Ordine


Entrai in servizio
come assistente sanitaria e sociale
ai primi del Novembre 1921 nello
Stabilimento d'Arti Grafiche della
ditta C. Berardi in Via S. Francesco
d'Assisi 7 in Milano.
Mi accinsi con fede ed entusiasmo
a tale nuovo lavoro; certo però che
l'opera mia è ardua, poichè non
è punto facile togliere tante cattive
abitudini e sradicare preconcette
inveterate e superstizioni d'ogni
genere. Forse ci si potrà riuscire
col tempo e con l'assiduo e paziente
lavoro d'ogni giorno educando le nuove
generazioni fino dall'età giovanile

La nuova legge Lorenzin (L.3/2018) sull'ordinamento degli Ordini professionali, vede l'uscita degli Assistenti Sanitari dai neo costituiti OPI e la loro migrazione nel nuovo Ordine dei Tecnici Sanitari di Radiologia Medica e delle Professioni Sanitarie Tecniche, della Riabilitazione e della Prevenzione (TSRM-PSTRP).
Questo rappresenta una svolta epocale, non senza una serie di conseguenze, dopo tanti anni di convivenza, sulla base di una spinta scissionista che era già nell'aria da tempo, almeno per una parte del gruppo professionale.
Per comprendere come si è arrivati a questa tappa, da un percorso inizialmente comune all'infermiere, è necessario fare un passo indietro, addentrandoci nella storia di come è nata e di come è evoluta negli anni questa figura professionale.
In qualità di Assistente Sanitaria formatasi alla scuola della Croce Rossa Italiana di Milano negli anni '80, ho avuto la fortuna di accedere agli archivi della scuola, nella preparazione della mia tesi di diploma, al termine della Scuola Universitaria di Discipline Infermieristiche.
Il Materiale raccolto, relativo ai primi anni del secolo scorso, è ricco di spunti e riflessioni non solo sulla nascita della figura dell'Assistente Sanitaria ma anche sul contesto di quegli anni di fermenti in tutti i settori della vita sociale e culturale del paese, nonché di miglioramento delle condizioni igienico-sanitarie nella popolazione e di sviluppo anche in seno alla professione infermieristica nel suo complesso.

L'Assistente Sanitario nasce in quegli anni, dopo la prima guerra mondiale, dalla collaborazione tra la Croce Rossa Americana e la Croce Rossa Italiana, quando Miss Mary Gardner, Registered Nurse americana, venne chiamata in qualità di Direttrice del Nursing nella Commissione anti-tubercolare istituita dalla CRI. Miss Gardner, grazie alla propria esperienza e preparazione, promosse l'apertura delle "Scuole di medicina, pubblica igiene e assistenza sociale per assistenti sanitarie visitatrici".
Le prime scuole che iniziarono la loro opera di formazione furono quelle di Roma nel 1919, di Bologna, Firenze, Milano e Torino nel 1920 e di Napoli nel 1924: nel 1922 il numero complessivo delle ASV a livello nazionale era di 131.
Le scuole avevano la finalità di "costruire un corpo di assistenti sanitarie aventi per compito di ricercare e curare, fin dai primi sintomi, fra il popolo, le malattie, e di prevenirne la diffusione per mezzo di insegnamenti pratici di profilassi e di igiene" (Frezza, 1920).

Frequenti furono gli scambi culturali internazionali tra le professioniste italiane e quelle americane: ad esempio Federica Pittini (Direttrice della Scuola per Assistenti Sanitarie Visitatrici di Bolzano) soggiornò in America per studiare i problemi assistenziali.
Il 30 giugno del 1922 si tenne a Firenze il 1° Convegno Nazionale delle Direttrici delle Scuole per ASV, durante il quale si gettarono le basi per la stesura di un regolamento che avrebbe sancito i requisiti per l'accesso alle scuole e per l'esercizio della professione con la proposta di istituzione di un albo specifico.
Presso il Comune di Milano venne costituito un "Corpo delle Assistenti Sanitarie

**Assistente Sanitaria ed infermiera. Lavora presso l'ASST Lariana. Già docente del CdL di infermieristica.*

Visitatrici" il cui lavoro veniva assicurato e ordinato dai Comitati, sulla base di una complessa organizzazione, con un preciso organigramma, che prevedeva una strutturazione di competenze sul territorio.
Le prime ASV furono adibite alla lotta antimalarica, specie nella province di Roma, alla lotta antitubercolare, nei Dispensari distribuiti in tutt'Italia, alla lotta antitracomatosa e, in forma sperimentale, anche nei Servizi rionali, accanto ai medici condotti.
Successivamente si ampliarono gli spazi d'intervento nell'assistenza alla prima infanzia (nell'Opera Nazionale per l'assistenza alla Maternità e all'Infanzia), nella Medicina scolastica e presso le colonie estive. Non a caso la denominazione di "Visitatrice" stava a sottolineare l'importanza data all'azione svolta nei quartieri (attività rionale) e al domicilio dei soggetti e delle loro famiglie, negli ambienti di vita e di lavoro (nelle scuole e nelle fabbriche).
Dai documenti si evince anche l'importanza data alla "propaganda igienico-sanitaria" intesa come informazione ed educazione sanitaria rivolta alla popolazione, con tanto di relazioni dettagliate sugli interventi svolti, correlate a dati statistici ed epidemiologici.
Fino agli anni '50 non esisteva una netta distinzione fra l'attività svolta dall'Assistente Sociale e quella dell'Assistente Sanitaria, spesso erano presenti contemporaneamente, specie in alcuni contesti lavorativi (Servizio di fabbrica e Dispensari antitubercolari).
Più volte era stata balenata l'ipotesi di istituire una figura unica di Assistente Sanitaria-Sociale, come esisteva in Francia, altresì la discussione all'interno della Consociazione (CNAIOSS) verteva anche sul fatto che le ASV dovessero essere necessariamente Infermiere.
Sebbene l'ASV mantenesse radici infermieristiche la sua attività si sviluppava anche in campo sociale e solo successivamente le due figure si differenziarono, collocandosi in settori differenti, pur mantenendo una visione comune nell'approccio alla persona, confermata dall'attenzione posta anche nella formazione agli aspetti pedagogici e relazionali.

Il Regio Decreto n. 1683 del 1941 istituisce il ruolo delle Assistenti Sanitarie, collocandole ai vari livelli dell'organizzazione sanitaria dello Stato, prevedendone l'accesso solo tramite concorso pubblico per esami e nel comune di Milano venne assegnata 1 ASV per ogni circoscrizione del territorio comunale: l'organigramma era composto da 1 ASV ispettrice, da ASV capo-zona, con funzioni di coordinamento e controllo e da ASV provinciali, addette agli uffici sanitari provinciali.
Nel 1957, durante l'"XI Congresso Quadriennale del Consiglio Internazionale delle Infermiere" Anita Marin, Direttrice della scuola ASV di Padova, presentò una relazione sul ruolo fondamentale assunto dall'infermiera nei servizi di sanità pubblica, sottolineando l'opera necessariamente polivalente dell'Assistente Sanitaria che deve prima possedere il diploma di Infermiera professionale.
Con la riforma ospedaliera del 1968 viene prevista la figura dell'Assistente Sanitaria "alle dirette dipendenze della direzione sanitaria per le incombenze relative alla medicina preventiva, alla medicina sociale e all'educazione sanitaria del malato e del suo nucleo famigliare"; è in questo contesto che l'ASV Marisa Cantarelli nel suo intervento al "Congresso Nazionale della Consociazione" (CNAIOSS), tenutosi a Roma nel 1968, affermerà che: "...si tende a considerare superata la tradizionale distinzione tra assistenza infermieristica ospedaliera e assistenza infermieristica extra ospedaliera di sanità pubblica", sottolineando che l'intervento dell'Assistente Sanitaria debba essere: "sia nel campo dell'educazione sanitaria che in quello dell'organizzazione dei servizi infermieristici domiciliari per malati cronici... pertanto una buona conoscenza del malato e delle stesse tecniche infermieristiche risulta essenziale a tal fine".
Nell' intervista fatta alla professoressa Cantarelli per la mia tesi di diploma SUDI la stessa dichiarò peraltro che i ruoli a quell'epoca erano ben distinti: ".... per lavorare in ospedale occorreva il diploma di infermiera e per lavorare in uno qualsiasi di questi Enti (OMNI, CPA), occorreva quello di Assistente Sanitaria. Non c'era nessuna confusione, erano dei ruoli chiarissimi".
Sempre in occasione del VII Congresso Nazionale della Consociazione, svoltosi a Roma, Cantarelli affermava: "le funzioni delle ASV non sono a livello esecutivo ma si sviluppano con proprie responsabilità e notevole spirito d'iniziativa... è evidente che la formazione delle ASV dovrà essere ampia per cultura generale e sicura nella preparazione tecnica".
Nei successivi anni '70 la professione infermieristica sarà scossa al suo interno da varie istanze in un clima di contraddizioni tra le spinte ad un livellamento della professione e quelle per una maggior distinzione tra le varie specializzazioni e formazioni post-base.
In questo clima la figura dell'ASV ha vissuto una crisi d'identità che di fatto verrà accentuata anche dal passaggio che questa qualifica subirà con la riorganizzazione dei servizi a seguito della riforma sanitaria n. 833 del 1978, in quanto la sua ricollocazione sarà frammentaria e difforme su tutto il territorio nazionale.
Se da un lato la legge di riforma sanitaria prevedeva la realizzazione dei distretti, valorizzando il concetto di assistenza sanitaria di base, distribuita sul territorio in senso capillare, di fatto questa prospettiva orientata più alla prevenzione che alla cura non riuscì ad esplicitarsi come nell'intento programmatorio previsto dalla riforma stessa e rimase più sulla carta, vanificando tutta una serie di istanze che avrebbero visto la figura dell'Assistente Sanitario come operatore privilegiato di questo nuovo modello assistenziale.
Sono di quell'epoca molti

contributi di vari autori sul ruolo dell'Assistente Sanitario quale figura centrale nell'ambito del distretto, con "funzione polivalente": "...l'unificazione alla base dei servizi sanitari e dei servizi sociali colloca l'Assistente Sanitario in una posizione esemplare quale elemento coagulante per lo svolgimento dei servizi ambulatoriali e domiciliari..." (Prof. E.Suzzi Valli- Prof. C. Volpato).

Gli anni successivi hanno visto l'abrogazione del cosiddetto mansionario, non solo per gli infermieri, ma anche per gli Assistenti Sanitari, con la Legge 26 febbraio 1999, n. 42 (G.U. 2 marzo 1999) "Disposizioni in materia di professioni sanitarie", art. 1, comma 2. e la figura dell'Assistente Sanitaria, sempre più sganciata dalla matrice infermieristica, senza peraltro una specifica collocazione, perdersi nel contesto della successiva riforma sanitaria (D.L.vo 502/92) di aziendalizzazione degli enti ospedalieri, con la pro gressiva centralizzazione dei servizi inambito ospedaliero rispetto al territorio.

Il Decreto Legislativo n.502 del 1992, di "Riordino della disciplina in materia sanitaria", stabilisce altresì che la formazione del personale sanitario infermieristico, tecnico e della riabilitazione avviene, previa individuazione della figura professionale da formare, con decreto del Ministro della Sanità e definizione dell'ordinamento didattico da parte del Ministero dell'Università. I corsi di studio relativi alle figure professionali previste dal precedente ordinamento vengono soppressi nei successivi due anni: le Scuole per Assistenti Sanitari della CRI funzionanti a quell'epoca erano 11.Nel frattempo il Consiglio Universitario Nazionale viene sollecitato più volte ad esaminare e ad approvare sia l'ordinamento didattico, sia i requisiti di idoneità delle strutture relative al Diploma Universitario per Assistente Sanitario.

Prende avvio, non senza difficoltà, l'iter per l'emanazione del decreto ministeriale concernente l'individuazione della figura professionale dell'assistente sanitario, ai sensi del predetto D.L.vo 502/92. Di fatto è solo nel 2001 (G.U. n. 163 del 16 luglio 2001) che vengono attivati i primi corsi di durata triennale con diploma universitario, prima presso l'Università di Siena, per 15 posti e successivamente presso le Università di Catanzaro e "La Sapienza" di Roma. L'avvio delle lauree triennali per Assistente Sanitario diviene una concreta realtà, tuttora in fase di sviluppo ed espansione, sia nel numero di corsi attivati, sia nella successiva formazione con i master ed i corsi di perfezionamento e soprattutto con la prevista Laurea Specialistica in Scienze delle Professioni Sanitarie della Prevenzione. Ma il percorso di ricollocazione di questa figura nell'attuale contesto socio-sanitario stenta a definirsi e si perde un po' nei meandri della burocrazia e soprattutto resta delegato alla specifica sensibilità e lungimiranza degli amministratori, all'interno delle varie, articolate e complesse organizzazioni sanitarie, ospedaliere ed extra-ospedaliere.

La storica associazione degli Assistenti Sanitari, AsNAS, fondata nel 1986 e riconosciuta dal Ministero della Salute con Decreto Ministeriale 14 aprile 2005 è attualmente presente su tutto il territorio nazionale, articolata in 17 sezioni regionali, e rappresentativa delle istanze della categoria; partecipa a livello regionale e nazionale alle consultazione per la definizione del fabbisogno formativo annuale ed ai fini di una riqualificazione di questa figura professionale, in una visione via via sempre più separata e distinta dal percorso iniziale che prevedeva una base comune a quella infermieristica.

E' difficile stabilire quando e perchè sia nata e si sia sviluppata nel tempo questa distinzione e questa spaccatura all'interno della professione, ma come possiamo rinvenire dai vari documenti storici e come già sottolineato precedentemente, era già nell'aria parecchi anni or sono e sebbene siano stati diversi e motivati i tentativi di riconciliazione e di ricomprensione nell'alveo della matrice infermieristica, da parte di molte colleghe all'interno dell'associazionismo di entrambe le qualifiche, tale spaccatura si è comunque verificata e si consolida ora nella distinzione degli albi e degli ordini professionali.

Cito tra gli altri una lettera della Federazione Nazionale del Collegio IPASVI risalente al 1995, inviata dall'allora Presidente Emma Carli a tutti gli Assistenti Sanitari in cui si evidenziavano le problematiche legate alla categoria, in occasione della fase di riordino all'interno della formazione infermieristica: "... alcuni ASV propugnano l'attivazione di un corso di diploma universitario loro riservato e la costituzione di un proprio Collegio.... Il Consiglio nazionale e il Comitato centrale IPASVI, in linea con quanto previsto dalla normativa comunitaria, sono invece concordi nel sostenere che la formazione infermieristica sia la base fondante...."; peraltro di seguito Carli sottolinea anche che: "Per molti anni gli ASV sono stati elemento propulsore della vita culturale e associativa dell'intera professione... Oggi si tratta di restituire un adeguato peso alla funzione degli ASV...per evitare il rischio di gratuite duplicazioni di ruolo che provocherebbero solo confusione."

Emma Carli si riferiva alla figura dell'"Infermiere di Sanità pubblica", previsto dalla normativa comunitaria, come formazione complementare a quella infermieristica e con competenze che in parte erano sovrapponibili a quelle dell'ASV.

A tutt'oggi la formazione degli Assistenti Sanitari a livello nazionale è stabilita con decreto ministeriale che definisce i posti per i

corsi di laurea che per l'anno accademico 2018-2019 sono complessivamente 372, suddivisi negli 11 Atenei e nelle 12 sedi che hanno attivato il percorso.
Rimane dubbia e frammentaria peraltro la collocazione e la distribuzione di questa figura a livello nazionale, per ciò che concerne l'esercizio professionale: tanti interrogativi restano aperti e il dibattito sul ruolo e lo specifico degli Assistenti Sanitari sarà ancora materia di discussione, nella speranza che comunque il dialogo tra infermieri e Assistenti Sanitari resti aperto, superando eventuali contrapposizioni a favore dell'integrazione e della crescita professionale di entrambi, all'interno del complesso panorama della sanità a livello regionale e nazionale.

60 anni di formazione infermieristica a Como

AL SANT'ANNA INAUGURATA LA MOSTRA SUI 60 ANNI DELLA FORMAZIONE INFERMIERISTICA

Dalla Scuola Convitto, passando per quella regionale fino al corso di Laurea con l'Università degli Studi dell'Insubria. Fino al 20 dicembre il presidio di San Fermo della Battaglia dell'Asst Lariana ospiterà la mostra "I 60 anni di formazione infermieristica all'Ospedale Sant'Anna". L'esposizione è stata presentata in Auditorium alla presenza del direttore generale dell'Asst Lariana Marco Onofri, del presidente Opi Como Dario Cremonesi, della responsabile della Direzione Aziendale delle Professioni Sanitarie Anna Michetti , e della coordinatrice del Corso di Laurea in Infermieristica dell'Università degli Studi dell'Insubria - poli di Como Donatella Pontiggia. Per tutti e 300 gli ospiti è stata organizzata la visita della mostra e poi tutti si sono riuniti per il taglio di una torta celebrativa. Nella hall della struttura sono esposte foto storiche, registri e documenti, materiali didattici, presidi medico-diagnostici e per l'assistenza, divise e dispense che ripercorrono l'evoluzione di un percorso che ha formato, tra diplomati e laureati, 3mila infermieri dal 1958 a oggi. La storia della formazione infermieristica sul territorio comasco ha inizio nel 1954 con l'istituzione della Scuola Convitto per infermiere professionali dell'ospedale Sant'Anna a Villa Celesia, regolarmente attivata nel 1958 e diretta da Suor Leopolda Ghirardelli della Congregazione delle Suore di Maria Bambina, che la guidò durante la trasformazione a Scuola Regionale. Nel 1975 Suor Leopolda fu sostituita da suor Pierfausta Comini, che ebbe il compito di realizzare il passaggio dalla formazione "regionale" per approdare alla formazione infermieristica universitaria di base. La conversione del diploma universitario in Corso di Laurea in Infermieristica dell'Università dell'Insubria Varese-Como è stata affidata nel 1999 a una laica, Donatella Pontiggia, attuale Coordinatore didattico di Sede del Corso di Laurea in Infermieristica, che negli anni ha collaborato nella definizione di piani formativi innovativi, in stretta sinergia con la coordinatrice della Sede di Varese, Cecilia Sironi, e con i presidenti del Corso, prof. Maurizio Chiaranda e prof. Giulio Carcano, attuale presidente della Scuola di Medicina.
I visitatori potranno ripercorre dunque le tappe salienti della formazione dell'infermiere, attraverso le fotografie, i documenti e i mezzi e presidi d'epoca, che danno visibilità allo sviluppo della Professione infermieristica nella città di Como.
L'ingresso alla mostra è libero.

A cura di Massimo Franzin

Con la Riforma degli Ordini delle professioni sanitarie, a cascata è stato necessario cambiare i domini di tutti i siti istituzionali, tutte le intestazioni e la dicitura ipasvi è di fatto stata sostituita con opi. Oltre ad avere aggiornato carte intestate, siti internet e social istituzionali si è reso necessario anche modificare il dominio della Posta Elettronica Certificata. Si invitano pertanto, tutti gli iscritti all'OPI di Como, in possesso della PEC creata dall'Ordine (con dominio **@pec-ipasvicomo.it**), ad effettuare un controllo della propria casella PEC per informazioni importanti relative alla migrazione dati al nuovo dominio **@pec-opicomo.it**. In questa prima fase sarà necessario compilare e consegnare in segreteria il modulo autorizzativo alla migrazione, già stato trasmesso via pec all'indirizzo personale con dominio attualmente in uso.

Modalità di consegna del modulo:
in allegato rispondendo al messaggio inviato da OPI tramite PEC;
via fax al n. 031/262538;
di persona in segreteria;
per posta – viale C. Battisti, 8.

Dopo questa prima fase il passaggio verrà effettuato in automatico
e ognuno troverà il proprio indirizzo con il nuovo dominio.

CHIEDIAMO LA MASSIMA COLLABORAZIONE E DIFFUSIONE DELL'INFORMAZIONE A TUTTI I COLLEGHI INTERESSATI.

OGNI INFERMIERE ISCRITTO ALL'ALBO DEVE AVERE UN INDIRIZZO DI POSTA CERTIFICATA

Chi deve utilizzarla?
Il decreto legge 185/2008 (cd. decreto anticrisi) ha previsto che i professionisti iscritti agli albi, ordini e collegi professionali, entro un anno dall'entrata in vigore del decreto, devono comunicare ai rispettivi ordini o collegi il proprio indirizzo di posta elettronica certificata.

È ancora possibile ottenerlo presentandosi in Ordine con un valido documento d'identità, oppure scaricare il modulo su www.opicomo.it ed inviarlo via mail allegando un valido documento di identità.
La posta Elettronica Certificata (detta anche P.E.C.) è un sistema di comunicazione che consente di inviare messaggi di posta elettronica con lo stesso valore legale della Raccomandata cartacea con avviso di ricevimento, fornerndo al mittente una documentazione elettronica attestante l'invio e la consegna di documenti informatici. La trasmissione si definisce certificata solo se sia il mittente che il destinatario dispongono di una casella di posta elettronica certificata.

Quali vantaggi ha rispetto ad una semplice e-mail?
- È certificata: il gestore, infatti, certifica con proprie "ricevute" che il messaggio è stato spedito, che il messaggio è stato consegnato, che il messaggio non è stato alterato.
- È sicura: tutte le comunicazioni sono protette perché crittografate e firmate digitalmente. Per questo si avrà sempre la certezza che i messaggi inviati o ricevuti non possano essere contraffatti.
* Ha valore legale: le ricevute possono essere usate come prove dell'invio, della ricezione ed anche del contenuto del messaggio inviato. Le principali informazioni riguardanti la trasmissione e la consegna vengono conservate per 30 mesi dal gestore e sono anch'esse opponibili a terzi.
- Permette l'invio di qualsiasi tipo di documento informatico: essendo attinente ad un servizio di "trasporto" non entra nel merito di ciò che è oggetto del trasferimento. È possibile inviare, quindi, sia un testo, che un 'immagine, che un programma e così via. Alcuni gestori, inoltre, effettuano controlli sulla presenza di virus negli allegati, e bloccano il messaggio, dandone notifica agli utenti.

Questo Ordine Professionale ha sottoscritto una convenzione con Aruba PEC spa – ente gestore accreditato presso il CNIPA per la fornitura del servizio di posta elettronica certificata – grazie alla quale sarà possibile mettere a disposizione, ***GRATUITAMENTE****, per ogni iscritto che ne farà richiesta, una casella di Posta Elettronica Certificata.*

A cura di Monica Trombetta

ANALISI DEL CCNL COMPARTO SANITÀ APPROVATO QUEST'ANNO

Sono trascorsi 4 mesi dalla stipula del nuovo CCNL 2016/2018 della Sanità, un documento corposo e delicato, per il linguaggio utilizzato e per i frequenti e "non casuali" rinvii ad altre norme, che ne rendono ancora più complessa l'interpretazione, ricordando che vi è stato un blocco contrattuale di ben 9 anni.
Le aspettative erano molte, ed una cosa è certa: non risponde agli interessi degli infermieri e degli altri professionisti sanitari del comparto, non garantisce una coerente attività di organizzazione dei servizi in favore dei cittadini e ben si presta come strumento per logiche di aziendalizzazione esasperata. E' vero che rispetto alle prime bozze che circolavano, si è fatto qualche passo in avanti, soprattutto in merito alle deroghe sull'orario di lavoro, ma le criticità sono molte.

Di seguito alcuni approfondimenti sulle seguenti materie:

- AUMENTI MEDI TABELLARI ED INDENNITA' PER GLI INFERMIERI;
- PRONTA DISPONIBILITÀ (O REPERIBILITÀ);
- DIRITTO ALLA MENSA;
- VESTIZIONE, SVESTIZIONE E PASSAGGIO DI CONSEGNA;
- PERMESSI ORARI PER ESPLETAMENTO DI VISITE, TERAPIE, PRESTAZIONI SPECIALISTICHE ED ESAMI DIAGNOSTICI;
- COMMISSIONE PARITETICA PER LA REVISIONE DEL SISTEMA DI CLASSIFICAZIONE PROFESSIONALE;
- INCARICHI DI ORGANIZZAZIONE - INCARICHI PROFESSIONALI - INCARICHI DI COORDINAMENTO.

AUMENTI MEDI TABELLARI ED INDENNITA' PER GLI INFERMIERI

Non tutti gli infermieri hanno avuto un aumento medio tabellare di 85 euro a regime!
E' evidente che l'aumento previsto con la firma del contratto, che sarebbe pari ad 85 euro sul tabellare, rappresenta una "botade".
Basta guardare la tabella contrattuale di seguito riportata: 67,90 euro lordi (circa 45 netti) sono quelli che sono andati ai colleghi in cat. D e solo 90,80 lordi (circa 60 netti) sono quelli che sono andati a chi si trova al vertice della tabella, cioè i colleghi in DS6.
La vacanza contrattuale appartiene al passato, perché conglobata nello stipendio tabellare.
Il sistema complessivo delle indennità è rimasto fermo agli importi di 10/15 anni fa, se si tiene conto della perdita di potere di acquisto le indennità sono addirittura diminuite: per ogni ora di servizio di notte, all'infermiere viene riconosciuta una cifra vergognosa, pari ad euro 2,74 lordi.
Gli aumenti possibili in contrattazione decentrata sono ridicoli se si pensa al valore attuale di tali indennità ed all'entità delle risorse utilizzabili a tali livelli. Anche tutte le altre indennità restano ferme al palo: l'indennità giornaliera di 4,49 euro viene estesa anche al personale del ruolo tecnico, quindi agli operatori socio sanitari: **ora infermieri ed operatori socio sanitari percepiscono identico importo**.
Stessa cosa dicasi, ma solo per il personale infermieristico e tecnico, per le seguenti indennità, tutte confermate, come erano nel vecchio contratto e con gli importi di 10/15 anni fa:

- Indennità terapie intensive e sale operatorie, terapie sub intensive e servizi nefrologia e dialisi euro 4,13
- Indennità malattie infettive: euro 5,16
- Indennità assistenza domiciliare euro 5,16
- Indennità SERT euro 5,16
- Indennità professionale specifica infermieri: euro 433,82
- Prevista nuova indennità per Operatori Socio Sanitari operanti in malattie infettive pari ad euro 1,03 lordi al giorno.

PRONTA DISPONIBILITÀ

Nel nuovo CCNL è previsto che il personale in pronta disponibilità, quando viene chiamato in servizio, sospenda il riposo di 11 ore continuative. Tale riposo potrà essere recuperato subito dopo, oppure entro 7 giorni nel caso in cui ciò non fosse possibile. Ricordo che il riposo continuativo di 11 ore ogni 24 **discende da norme di diritto Europeo recepite dall'ordinamento italiano con il D.Lgs. 66/2003**, metterlo in discussione contrattualmente favorisce, come evidente conseguenza, un grave rischio per l'incolumità psico-fisica degli operatori interessati e per la qualità delle cure che questi forniscono al cittadino.

DIRITTO ALLA MENSA
Il diritto alla mensa diventa discriminante perché si dà la possibilità di usufruirne SOLO al personale NON in turno: che cosa volesse intendere il legislatore non è noto; intendeva dire al personale NON TURNISTA oppure NON IN SERVIZIO? Si spera che le Contrattazioni integrative aziendali ottengano la via più favorevole e meno discriminante.

VESTIZIONE, SVESTIZIONE E PASSAGGIO DI CONSEGNA
Premesso che il cosiddetto «tempo tuta» è frutto di consolidati e già attuati recepimenti giurisprudenziali, ci si accorge subito che chi ha pensato e scritto questo articolo possiede zero conoscenze su come funziona un ospedale e sull'esercizio delle professioni sanitarie:

1. *Nelle unità operative che garantiscono la continuità assistenziale, sulle 24 ore, ove sia necessario un passaggio di consegne:* tale locuzione presuppone che questa attività di passaggio di consegne e presa in carico del paziente sia facoltativa ed invece noi sappiamo che è una prassi obbligatoria e necessaria per la presa in carico del paziente in tutte le unità operative che svolgono assistenza sulle 24 ore;
2. 15 minuti complessivi per vestizione, svestizione e passaggio di consegne: ma come è possibile dare consegna di 20/30 pazienti, raggiungere gli spogliatoi, svestirsi, rivestirsi e andare a timbrare il cartellino in 15 minuti? sfido colui il quale ha scritto questo articolo a riuscire a metterlo in pratica.
3. Ed inoltre perché solo a coloro che turnano sulle 24 ore?

PERMESSI ORARI PER L'ESPLETAMENTO DI VISITE, TERAPIE, PRESTAZIONI SPECIALISTICHE ED ESAMI DIAGNOSTICI
L'introduzione di un limite massimo di ore annuali (18) relative all'esercizio di tale diritto, si configura, come una restrizione 'incondizionato rispetto delle tutele generali ed astratte previste dall'Art. 32 della Costituzione italiana ed anche perché la "tutela della salute" intesa come "fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività" (così come è richiamata nella Costituzione) corrisponde, nel caso del lavoratore, alla sua condizione di completo benessere psico-fisico. Poiché, dunque, per concretizzare il completo benessere psico-fisico del lavoratore oggi l'avanzamento della tecnica e della scienza mette a disposizione strumenti fondamentali come quello della prevenzione, quest'ultima risulta allo stato essere ancora l'unica modalità disponibile per evitare (o almeno ridurre) il rischio di patologie che insorgendo determinerebbero una inabilità lavorativa di gran lunga più gravosa, soprattutto in termini economici, per il bilancio dello Stato (costi legati alla inabilità temporanea o permanente al lavoro, legati alle cure e prestazioni da erogare al soggetto interessato, ecc. ecc.). Sarebbe forse più ragionevole e conveniente, ovvero "economico", per lo Stato "accollarsi", oggi ed incondizionatamente, piccoli oneri legati all'espletamento di visite, terapie, prestazioni specialistiche o esami diagnostici (in grado di scongiurare future inabilità al lavoro di un dipendente), senza porvi limiti, piuttosto che rischiare di dover fare fronte a futuri oneri ben più consistenti, a causa dell' eventuale insorgenza di patologie determinanti condizioni di inabilità temporanea o permanente al lavoro.

COMMISSIONE PARITETICA PER LA REVISIONE DEL SISTEMA DI CLASSIFICAZIONE DEL PERSONALE (LA STANZA DEI BOTTONI)
ARAN e sindacati firmatari potranno partecipare alla importante "Commissione paritetica per la revisione del sistema di classificazione". In questa commissione siederanno solo i sindacati "che hanno firmato il CCNL".

La commissione è molto importante, perché rappresenta "la stanza dei bottoni".
Nella sostanza il CCNL appena sottoscritto ha dato mandato a questa commissione di mettere mano alla nuova classificazione del personale.

Ecco, nel dettaglio di cosa si occuperà questo nuovo soggetto:

a) individuare linee di evoluzione e sviluppo dell'attuale classificazione del personale, per la generalità delle aree professionali, verificando in particolare le possibilità di una diversa articolazione e semplificazione delle categorie, dei livelli economici e delle fasce; a tal fine, sarà operata una verifica delle declaratorie di categoria in relazione alle innovazioni legislative, ai contenuti del Patto per la Salute tra Stato e Regioni, ai cambiamenti dei processi lavorativi indotti dalla evoluzione scientifica e tecnologica; sarà inoltre attuata una conseguente verifica dei contenuti professionali in relazione a nuovi modelli organizzativi;
b) effettuare una analisi delle declaratorie, delle specificità professionali e delle competenze avanzate ai fini di una loro valorizzazione;
c) effettuare una analisi degli strumenti per sostenere lo sviluppo delle

competenze professionali e per riconoscere su base selettiva il loro effettivo accrescimento, anche in relazione allo sviluppo della qualità dei servizi e dell'efficacia dell'intervento sanitario e sociosanitario;

d) rivedere i criteri di progressione economica del personale all'interno delle categorie, in correlazione con la valutazione delle competenze professionali acquisite e dell'esperienza professionale maturata;

e) verificare la possibilità di prevedere, in conseguenza dell'evoluzione normativa e del riordino delle professioni nell'ambito del sistema sanitario nazionale, con particolare riferimento all'istituzione della nuova area delle professioni sociosanitarie di cui all'art. 5 della legge n. 3/2018, la suddivisione del personale nelle seguenti aree prestazionali: Area delle professioni sanitarie; Area delle professioni socio-sanitarie; Area di amministrazione dei fattori produttivi; Area tecnico-ambientale;

f) delineare la funzione delle aree di cui alla lettera precedente nel modello di classificazione, configurandole come aggregazioni di profili aventi un carattere prestazionale finalizzato all'orientamento del risultato aziendale in termini di migliore efficienza ed efficacia degli interventi;

g) individuazione di eventuali nuovi profili non sanitari (ad esempio: autisti soccorritori);

h) valutare e verificare l'attuale sistema delle indennità in relazione all'evoluzione dei modelli di classificazione professionale.

Quindi sarà proprio questa commissione che avrà il compito di prevedere dove troveranno collocazione gli infermieri nel nuovo sistema di classificazione (aree, categorie o come altro vorranno chiamarle).
Provocatoriamente, potrebbe essere proprio questa commissione a decidere, come qualcuno aveva già proposto durante le trattative, di portare in categoria C alcuni operatori oggi collocati in B e di lasciare dove si trovano gli infermieri.

E' evidente che se questo non è stato fatto in sede di contrattazione, è perché sapevano che gli infermieri non avrebbero mai tollerato tutto ciò. Gli infermieri devono essere portati in categoria DS, e da qui devono essere proiettati verso l'alto i profili specialistici, quello di esperto e di coordinamento.
È evidente che eventuali "promozioni" verso la Cat "C" di profili oggi collocati in cat B, senza muovere contemporaneamente in avanti i professionisti sanitari che oggi si trovano in cat D e DS (quindi gli infermieri), rappresenterebbe una inaccettabile involuzione per questi ultimi.
Tutto ciò comporta come logica conseguenza il fatto che difficilmente il tavolo contrattuale potrà non accogliere le proposte che tale commissione avrà avanzato.
Lo farà, perché i componenti di tale commissione, basta leggere l'art 12 di cui scriviamo, sono proprio i rappresentanti degli stessi sindacati che hanno già sottoscritto il CCNL.
Altro problema è la previsione contenuta nell'articolo 12), punto 4) lettera F) del CCNL sottoscritto, laddove viene dato alla commissione paritetica un potere dirompente, e cioè di delineare la funzione delle aree nel modello di classificazione, configurandole come aggregazioni di profili aventi un carattere prestazionale finalizzato all'orientamento del risultato aziendale in termini di migliore efficienza ed efficacia degli interventi.
Se tutto questo, come qualcuno ha ipotizzato, significa prevedere una insieme di profili tra loro "fungibili" o "interscambiabili" secondo le esigenze aziendali, allora questa gente è proprio fuori strada: gli infermieri, e con loro gli altri 22 profili delle professioni sanitarie svolgono attività regolamentate e questo significa che nessuna commissione tra profili potrà essere attuata e che nessun contratto potrà prevedere una interscambiabilità o fungibilità tra le funzioni di un infermiere con quelle di altre professioni sanitarie e viceversa.
E se dopo tutto questo c'è ancora chi pensa che la commissione paritetica prevista dall'articolo 12) conta poco, allora vuol dire che è poco perspicace o che rifiuta, volutamente, di prendere atto dell'evidenza.

INCARICHI DI ORGANIZZAZIONE - INCARICHI PROFESSIONALI - INCARICHI DI COORDINAMENTO

Esaminiamo ora le norme relative alla pericolosa ed autoreferenziale macchina degli incarichi che, tra le altre cose, attraverso una esasperata precarizzazione, crea la premessa per una pietra tombale sulle funzioni di coordinamento.
E' del tutto evidente che questo contratto crea le condizioni per una precarizzazione del lavoro infer-

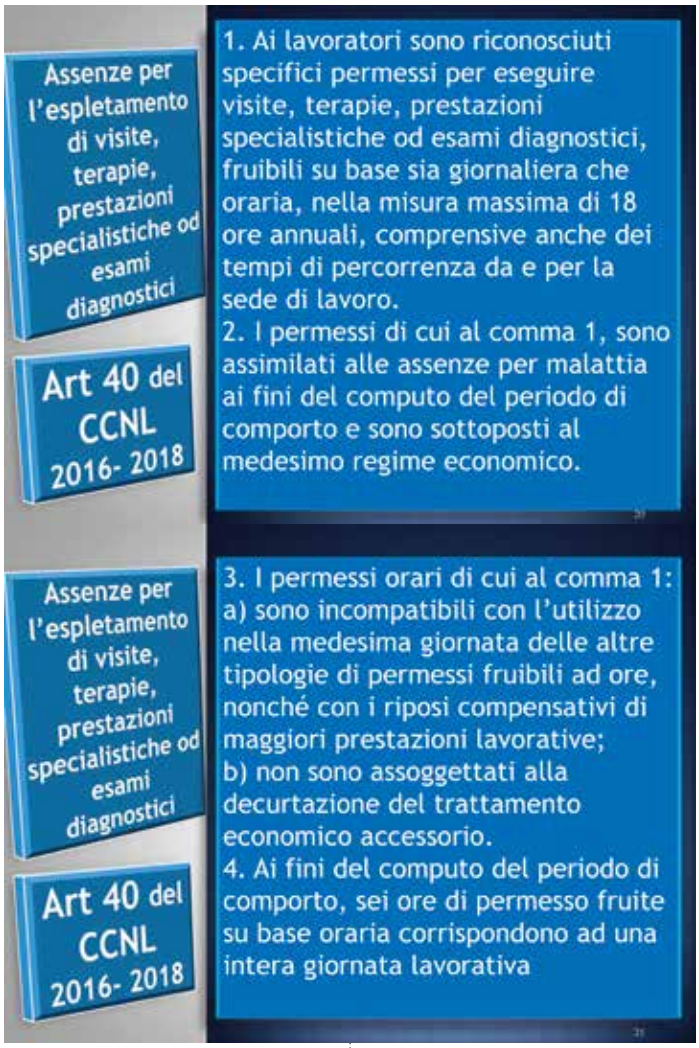
mieristico, in particolare di quello che interessa gli specialisti, gli esperti, i titolari di incarichi di coordinamento/organizzazione.
L'indennità di coordinamento viene mantenuta, ma solo da chi ne era titolare prima del nuovo contratto e salvo il previsto riassorbimento in caso di attribuzione di incarico organizzativo all'interessato secondo le nuove regole. Quando non ci saranno più, caposala o coordinatori già titolari in base alle vecchie regole, tale indennità sparirà completamente. E' proprio così. In realtà non ci sono incarichi fissi, perché non risulta che siano mai state assegnate, le risorse sufficienti ed integrative per l'attribuzione in via stabile "di tali tipologie di incarico.
D'altronde, poiché non sono state individuate risorse aggiuntive per tali tipologie di incarico, mai il contratto avrebbe potuto prevedere la creazione di incarichi stabili ed incardinati negli organici, per gli specialisti, esperti, coordinamento ed organizzazione.

Chi ha letto il nuovo contratto avrà anche notato che non è dato di sapere, previamente ed invariabilmente, quanti saranno gli incarichi di specialista, esperto, coordinatore e/o organizzativi necessari per ogni azienda.
La risposta a questa osservazione sta proprio nel fatto che "non esiste un organico di riferimento". Non è stato predefinito quale sia il numero di infermieri specialisti e/o esperti e/o di coordinatori e/o funzioni organizzative che servono in ogni azienda sulla base di elementi oggettivi e standardizzati, insomma indipendentemente dal territorio di appartenenza e con riferimento ai bisogni dei cittadini, che sono analoghi indipendentemente dalla regione o azienda sanitaria di riferimento. Insomma, gli enti decideranno di volta in volta in base alla propria discrezionalità.
E' proprio così, fermi i criteri di conferimento, revoca e graduazione di tali incarichi rimessi al confronto con i sindacati, decideranno loro quanti incarichi mettere a selezione e per quanto tempo, decideranno a chi attribuirli e in quali realtà operative.

Mi limiterò, ora, a citare in maniera per quanto possibile organica, le principali criticità evidenti nel nuovo contratto:

1. Decide l'Azienda a chi conferire incarichi, sulla base di un semplice confronto, previa selezione ed a condizione, per timore che qualche infermiere possa avere poco lavoro da fare, che tali incarichi prevedano come condizione, "anche elevate responsabilità aggiuntive e/o maggiormente complesse rispetto alle attribuzioni proprie della categoria e del profilo di appartenenza". Per cui tale novità comporta che gli specialisti e/o gli esperti, ma anche i colleghi chiamati a coprire incarichi di organizzazione, oltre a garantire le attività del profilo professionale di appartenenza (infermiere) dovranno essere chiamati a garantire anche funzioni ulteriori, caratterizzate da "elevate responsabilità aggiuntive e/o maggiormente complesse rispetto alle attribuzioni proprie della categoria e del profilo di appartenenza". Insomma, è tutt'altro che escluso, che possano esserci colleghi e chiamati a fare, contemporaneamente, sia l'infermiere che lo specialista o il titolare di posizione organizzativa.
2. Sulla funzione di coordinamento, che secondo questo contratto sarebbe stata valorizzata e confermata solo perché l'Art 21 conferma l'indennità di coordinamento (parte fissa), vengono invece create evidenti premesse per farla sparire sotto la lapide tombale di una esasperata precarizzazione. Al riguardo la dice lunga l'art. 21 che titola: "Indennità di coordinamento ad esaurimento". Proseguendo con la disamina (e con le tante incongruenze) di questo contratto, segnaliamo che, mentre da una parte c'è scritto che per il conferimento dell'incarico di coordinamento è previsto, come dice la legge, il possesso del Master di 1 livello e gli altri requisiti indicati dalla legge 43/2006, dall'altra c'è scritto che per il conferimento "degli ulteriori incarichi di organizzazione" basta-

no solo 5 anni di servizio in cat D e peraltro, in questo caso, la Laurea Magistrale rappresenta elemento di valorizzazione. Insomma, ci ritroveremo, tanto per confermare una assurda incoerenza, con coordinatori collocati in categoria DS e Master di primo livello ai quali è stato conferito un incarico di organizzazione, che l'Azienda tuttavia potrà decidere di sotto ordinare rispetto ad altri colleghi ai quali, sempre secondo tale norma, l'Ente potrà attribuire incarichi del medesimo tipo (organizzazione), anche maggiormente complessi, e con l'unica condizione che posseggano una anzianità di 5 anni nella categoria D e, forse, la laurea Magistrale come elemento di valorizzazione. Inoltre, pare utile anche specificare che, in base all'articolo 21, l'indennità di coordinamento (euro 1549, 37) viene confermata, ma solo ai caposala o coordinatori ai quali veniva erogata prima di questo nuovo contratto, e fermo il meccanismo del riassorbimento in caso di conferimento di incarico di organizzazione, mentre per gli incarichi futuri tale indennità non verrà affatto erogata. Ecco perché l'hanno qualificata come "ad esaurimento". Insomma, per il futuro, per poter svolgere la funzione di coordinamento sarà necessario essere in possesso del Master come indica la legge 43/2006, peccato però che gli incarichi di organizzazione saranno



conferiti indipendentemente da tale requisito e quindi, essendovi una esasperata commistione tra incarichi organizzativi e funzioni di coordinamento, ed essendo l'Ente che decide la graduazione degli incarichi, potrà accadere che un coordinatore, al quale viene chiesto il Master per svolgere la propria funzione, si veda sotto ordinato, rispetto ad un altro collega (non coordinatore) titolare di un incarico di organizzazione che l'Azienda avrà deciso di sovra ordinargli.

3. Gli incarichi sono a termine (da qui la precarizzazione). Lo sono tutti, sia quelli organizzativi, che quando saranno a regime ingloberanno il coordinamento, sia quelli specialistici. Decide l'azienda quanto dovranno durare, se 3 o 5 anni: gli incarichi conferiti possono essere rinnovati solo previa valutazione positiva, valutazione che effettua l'azienda, come gli pare, e che avviene di anno in anno; per ottenere l'incarico l'infermiere o il caposala dovranno fare domanda e partecipare ad un avviso di selezione, il che significa superare le prove selettive i cui criteri sono decisi dall'azienda. Tutto questo, come se fosse poco quanto già previsto, accadrà ogni 3 anni oppure ogni 5 anni, lo decidera l'Ente. Per i più fortunati, cioè coloro che prestano servizio in amministrazioni meno esigenti, la selezione è prevista, obbligatoriamente almeno ogni 10 anni (art.19 punto 5 del CCNL). Ovviamente, in caso di valutazione negativa il dipendente perde immediatamente l'incarico. Insomma, un caposala con funzioni organizzative dovrà, nella migliore delle ipotesi, e sempre se supererà positivamente tutte le valutazioni annuali, sostenere una selezione misurandosi con gli altri i dipendenti "almeno ogni 10 anni". I caposala ed i coordinatori che già percepiscono (e secondo il nuovo contratto mantengono ad esaurimento) una indennità di coordinamento di euro 1549,37, sono destinati ad essere avocati all'interno della graduazione dell'incarico di organizzazione e, a regime, saranno chiamati a sostenere, con altri concorrenti, le selezioni che saranno bandite dall'ente, per l'incarico che gli stessi ricoprono, ogni 3, 5 o 10 anni. In tale contesto, qualora fosse loro attribuito un nuovo incarico organizzativo, gli stessi perderebbero l'indennità di coordinamento, assorbita da quella nuova- di funzione, ma sarebbero costretti a concorrere con altri colleghi, quindi a rispondere ad avvisi di selezione, per mantenere il proprio incarico.

Tutto questo è previsto anche per gli infermieri e per il restante personale al quale fosse attribuito

un incarico di funzione (specialista o esperto).

4. Tutti coloro che percepiranno l'indennità per gli incarichi di organizzazione, nei casi in cui questa fosse di valore superiore a 3227,85 euro NON PERCEPIRANNO PIU LO STRAORDINARIO. Agli infermieri ai quali sarà attribuito un incarico di organizzazione spetterà una indennità che può variare da 1678,48 euro fino a 12000. Peccato che gli sfortunati che dovessero percepire una indennità con cifre intorno ai 3227,85 euro o superiori potranno addirittura rimetterci se fossero chiamati o meglio obbligati) a fare lavoro straordinario. Tutto ciò è scritto nell' articolo 20), comma 2) del nuovo CCNL. Infatti, infermieri e/o caposala, ai quali fosse attribuito un incarico organizzativo con indennità pari ad euro 3227,85 o superiore PERDERANNO IL DIRITTO DI VEDERSI RETRIBUITO LO STRAORDINARIO, perché l'articolo 20, punto 2) del nuovo contratto stabilisce che quest'ultimo debba essere "riassorbito" da tale indennità. E come se ciò non fosse già grave, l'azienda potrà obbligare gli interessati a fare fino a 180/250 ore all'anno di straordinario, perché nell'articolo 31) punto 2) del nuovo CCNL si legge che il lavoratore è tenuto ad effettuare lo straordinario" salvo giustificati motivi di impedimento.

Insomma, leggendo questo nuovo contratto, c'è quasi da augurarsi di non essere individuati da parte dell'Azienda come destinatari di incarichi di organizzazione.

Dopo aver letto il nuovo CCNL, ogni persona di buon senso non potrà non aver capito che il tutto si traduce in:

- Nessun riconoscimento al cuore pulsante dell'assistenza, la vera macchina quella costituita dagli infermieri senza incarichi, quelli senza i quali la sanità sarebbe un enorme carrozzone allo sfascio: 67 euro di aumento tabellare ad un infermiere in categoria "D iniziale" grida vendetta! Ma gridano vendetta anche i 79,50 euro lordi di aumento ai quali avrà diritto la collega infermiera ad esempio, che ha iniziato a lavorare il 1° novembre 1982, oggi in categoria D5, e che si troverà ad avere, grazie a questo contratto - dopo 35 anni di servizio trascorsi tra chirurgia generale, rianimazione e servizi territoriali- il lauto aumento di 79,50 euro lordi. Gli infermieri hanno ragione di essere arrabbiati, dopo ben 35 anni di servizio.
- E' stata riesumata una locuzione caratteristica dei vecchi contratti, inerente alla prestazione lavorativa giornaliera, "non superiore alle 12 ore continuative a qualsiasi titolo prestate", in tal modo rendendo evidente il rischio di sdoganare le contestatissime "lunghe", cioè turni di servizio massacranti e continuativi di 12 ore che gli infermieri più non tollerano. Questa norma pare non tener conto del fatto che la stessa legge 24/2017 introduce, nell'ambito della prevenzione dei rischi, il concetto dell'obbligo di prevenzione dei rischi messo in predicato da orari di lavoro troppo lunghi. Questa norma pare non tener conto nemmeno della sicurezza dei cittadini, che hanno diritto ad un'assistenza scevra dai rischi che potrebbe invece comportare l'utilizzo di personale infermieristico attraverso turni continuativi ed ai limiti dell'umana sopportazione.
- Importi delle indennità fermi a 15 anni or sono, per un'ora di servizio notturno prestata da un infermiere dalle ore 22 alle ore 06, viene riconosciuta un'indennità di euro 2,74 lordi!
- Una esasperante precarizzazione del rapporto di lavoro: infermieri specialisti, esperti, coordinatori e caposala inseriti nelle funzioni organizzative sottoposti a continue valutazioni annuali, a selezioni triennali quinquennali o quando va bene decennali con il rischio, in caso di esito sfavorevole, di perdere incarico, indennizzo e di dover pure tornare al profilo di provenienza (infermiere di base) senza tanti ringraziamenti o complimenti.
- Un evidente sfruttamento di tutti i professionisti ai quali viene conferito l'incarico di funzione organizzativa con indennità pari o superiore a 3227,85 euro, perché gli stessi potranno essere chiamati a fare sino a 250 ore di straordinario all'anno, senza essere retribuiti per questo.
- Una evidente implementazione di ulteriori forme di esasperazione dello strapotere aziendale: un dipendente non potrà più rifiutarsi di fare lo straordinario se non per "giustificate ragioni personali". Tutto questo, in una sanità fatta di costante emergenza, significa praticamente dilatare surrettiziamente l'orario ordinario degli interessati di altre 180 / 250 ore annue. Rendere lo straordinario obbligatorio costituisce un'evidenza gravissima per gli infermieri, perché si appalesa come una modalità "di fatto" per elevare l'orario di lavoro del personale a ben oltre le 36/40 ore settimanali. Non è nemmeno accettabile che ci venga chiesto di "giustificare al datore di lavoro" le nostre esigenze personali e familiari per attività che esulano dal nostro ordinario orario di lavoro.
- Gli Enti avranno potere di vita e di morte sugli incarichi, sono loro che, a seguito di un labile ed inconferente "confronto con i sindacati", perché la materia non è demandata alla contrattazione aziendale, decidono i criteri. Sono sempre loro che decidono a chi attribuire gli incarichi, che gestiscono le selezioni, che decidono il valore dell'indennità, sono loro che decidono a chi revocarli e quando.

ISCRIZIONI

ENTRANO A FAR PARTE DEL NOSTRO ALBO PROFESSIONALE

INFERMIERI

ALBERIO SILVIA
ARRIGONI YLENIA
BAIETTI EROS
BASSETTI MADDALENA
BIANCHI ALESSANDRA
BIANCHINI ZUNIGA ANDREA ANTHONELLA
BORDOLI NATASHA
BOFFI LUCIA
BRUNETTI MARTINA
CARNELLI BEATRICE
CASATI PAOLA
CASIRAGHI CAMILLA
CASTELNOVO CLARA
CESARACCIU GIULIA
CESARINI GIULIA
CORBETTA EMANUELA
CORRADI GIADA
DELVECCHIO CAMILLA
DI PAOLA FRANCESCA
FARALDO ROSA
FOMASI CLAUDIA
GIANOLA ROBERTA
GIRARDI GIADA
GRASSO ROBERTA
GREPPI ISABELLA
GRIGIONI LORENZO
GUARESI GIULIA
HOSHA MATEO
JUVERDEANU RADU
LURASCHI SAMUELE
MARCARELLI MANUELA
MASCETTI CHIARA
MASCETTI ELEONORA
MARONE SIMONA
MAZZUCCHI NADIA
MEDICI GIORGIA
MERGA MONICA
MONTUORO GIOVANNI
MORTAROTTI ANNA
NOVATI MAURIZIO
PERGOLA STEFANIA
PERI DENNIS
PERLINI PAOLA
RONCHETTI FRANCESCO
RONCORONI FRANCESCA
RONZONI STEFANO
ROTA CASSANDRA
SANTONASTASI SARAH
SGUAZZA SAMANTHA
SIMEONE CARLA
VACCHIANO MARCO
VILLA SILVIA
VISCARDI VINCENZO
ZANINI MARTINA

ISCRIZIONI PER TRASFERIMENTO DA ALTRI OPI

INFERMIERI

ANTHONY REMIL
BADICA STELUTA ANISOARA
BAUER YVETTE
CARLINO ALESSANDRO
CHACKO ROBIN
CUFAJ REZART
D'AGATA MONICA
DEL GROSSO MARIA
DELLA CORTE GIOVANNI
DIAC LOREDANA IONELA
DUMBA GENTIAN
FERRARI GIULIO
FILECCIA GIUSEPPE EMANUELE
GIGLIO ANGELO
GJEKA FRIDA
GOLEBIOWSKA DOROTA BARBARA
IORIO MAFALDA
JANI PANDORA
LACQUANITI ANTONIO EMANUELE
MANZO ENRICO
MARINA CRISTINA FLORENTINA
MARTINO ANGELA
OLLA VALERIA
PALMIERO ALICE
SERRAINO KARIN
THOMAS BIBIN
TODARO JESSICA
TRAVAGLINI DOMENICO
TRICARICO ELEONORA
VALSECCHI MARCO

CANCELLAZIONI

HANNO CESSATO LA LORO ATTIVITÀ

INFERMIERI

ALBERIO	KATIA	DONADINI	DANIELA
AZZOLA	SUOR LUCIA	PESSENDA	GARCIA ALBERTO JUAN
CASAGRANDE	GLADJS	PINTONELLO	ANGELA MARIA

TRASFERIMENTI AD ALTRI OPI

INFERMIERI

AMARIEI	ANA NADIA	GUIADEM KOUNTCHOU	SANDRINE CAROLE
BAZZONI	MARINA	GUSMEROLI	AURELIA
BRUCKNER	NORBERT	LONGO	CIRO
CIRILLO	MARIA FILOMENA	MARCONINI	MADINA
CIURDUC	CRISTIANA ISABELA	MARIANI	CLAUDIA
CODOGNO	FEDERICA	VANINI	GIOVANNA
FIORELLIS	ALFOSO		

DECEDUTI

INFERMIERI

GRIGIONI	ANDREA

NUOVI ISCRITTI DEL MESE DI DICEMBRE 2018

BALLABIO	GIULIA	MAGISTRELLI	ALESSANDRA
COLOMBO	SARA	RIBA	MICAELA
CORTEGGIANO	CLAUDIA	ROMERO	KIM REYNOLD
FORNAROLI	FRANCESCA	SPATOLA	ROSALIA
GALIMBERI	ELISABETTA	SPIATTA	GIADA
GALIMBERTI	CAMILLA	TAGLIABUE	BEATRICE
GASPA	ILARIA		

SPORTELLO CONSULENZE:

ACCEDI ALLA BACHECA CONSULENZE RISERVATE AGLI ISCRITTI CLICCANDO SUL LINK:

http://opicomo.it/servizi-agli-iscritti/consulenze/

CONSULENTE FINANZIARIO

DELEGATO ENPAPI

CONSULENTE DEL LAVORO

CONSULENTE LEGALE

A cura di Alessandro D'Angelo e Marco Cavallasca***

Giornata Internazionale dell'Infermiere

A Como, il Convegno sugli Ambiti Disciplinari

Il 12 maggio, OPI Como è stato impegnato nella celebrazione della Giornata Internazionale dell'Infermiere. Per l'Ordine è stato un evento dalle tante "prime volte": il primo convegno organizzato dopo il passaggio da Collegio a Ordine, il primo grande evento gestito dal nuovo Consiglio Direttivo, la prima occasione per un confronto attivo fra Studenti Infermieri e sviluppo della professione infermieristica.
Il convegno si è svolto presso l'aula magna della Biblioteca Comunale della città di Como e ha visto la partecipazione di numerosi professionisti, a partire dalla Presidente della Federazione Nazionale Ordini Professioni Infermieristiche, Barbara Mangiacavalli. Grande emozione anche per la Lectio Magistralis di Marisa Cantarelli, che ha presentato la terza edizione del "Modello delle Prestazioni Infermieristiche" e alla quale gli studenti del Corso di Laurea hanno reso omaggio, manifestando il la loro gratitudine e riconoscimento ad una donna che ha cambiato il modo di vivere la professione infermieristica. Ma soffermiamoci, quindi, sugli studenti. In questi ultimi anni, la nostra professione è andata incontro ad un vortice di cambiamenti, sviluppi e riconoscimenti che ormai da decenni erano in corso d'opera. Il Corso di Laurea in Infermieristica, coordinato dalla Dott.ssa Donatella Pontiggia, è sempre stato attento alle tematiche politiche ed istituzionali che coinvolgono la professione: c'è chi ha iniziato il corso studiando sui libri la nascita dei collegi IPASVI e lo ha finito con il nuovo concetto di Ordine e di una responsabilità infermieristica ancor più delineata, con l'accento puntato sulla professionalità, il riconoscimento sociale e la responsabilità che l'esercizio di questa professione richiede.
In questa prospettiva di cambiamento e di novità in corso d'opera, ci sembrava interessante indagare come, gli studenti del primo, secondo e terzo anno, avessero vissuto questa Giornata: è stato loro chiesto quale impressione hanno avuto nel partecipare ad un convegno così importante e in che modo il passaggio da Collegio ad Ordine può aver inciso sullo sviluppo della professione.

Così Elisa, studentessa del primo anno, racconta la sua esperienza vissuta durante il convegno:
"Il convegno del 12 maggio

** Infermiere presso il Blocco Operatorio dell'ASST Lariana - U.O. di Riabilitazione. Dal 2017 è referente della Consulta Neolaureati dell'OPI Como*
*** Studente Infermiere del CdL in Infermieristica. Laurea in Scienze Motorie.*

è stato molto emozionante ed interessante sotto diversi punti di vista, perché a noi ragazzi del primo anno ha permesso di ampliare la visione della professione, in modo particolare illustrando in quanti ambiti opera l'infermiere e quanto può fare la differenza la sua presenza nelle strutture ospedaliere e non. Illuminante anche l'intervento della Dott. ssa Barbara Mangiacavalli, la quale ci ha trasmesso la voglia di fare attivamente qualcosa in futuro per la professione. Interessante anche l'incontro con la professoressa Marisa Cantarelli che da anni guida il lavoro di diversi infermieri e che ci ha volenterosamente illustrato alcuni cambiamenti apportati al modello delle prestazioni infermieristiche, studiato e approfondito durante il primo anno di corso. E' importante che uno studente, grazie ad esperienze altrui, possa far chiarezza ed aggiornarsi circa il cambiamento e l'evoluzione della professione nel corso degli anni. Ciò assume ancora più valore se quanto studiato a lezione viene vissuto attraverso gli interventi di persone che quella storia l'hanno scritta in prima linea."

Ylenia, che frequenta il secondo anno di corso, ci risponde così:
"Il convegno del 12 maggio è stato molto interessante. In particolare ho ritenuto molto interessante l'intervento della Dott.ssa Mangiacavalli che è riuscita, con le sue parole, a riportarci alla realtà dei fatti: una realtà in cui si spera che la nostra professione venga davvero riconosciuta e, soprattutto, valorizzata per quella che è veramente: una Professione in continua crescita, vissuta da infermieri che la alimentano e le danno il valore aggiunto che merita e che, troppo spesso, non viene riconosciuto. Questo obiettivo sarà raggiungibile anche grazie alla serie di progetti e cambiamenti che ci sono stati, uno dei quali è il passaggio da Collegio ad Ordine.

Un grosso passo avanti, che però sottolinea ancora una volta i lunghi "tempi di attesa" che i cambiamenti e richiedono. E in tutto questo tempo, abbiamo persone che non riescono a riconoscere la professionalità e il rispetto che questa professione merita: persino l'importante economista Forchielli ha dichiarato in un programma de La7 -se non vuoi studiare vai a fare l'infermiere- e sorvoliamo sull'interpretare questa triste citazione.
La nostra è professione Intellettuale, con tanto di laurea, abilitazione e iscrizione all'albo. È questo quel che siamo noi, INFERMIERI. C'è bisogno che questa linea di cambiamento continui e non si smorzi alle prime difficoltà: il passaggio da Collegio a Ordine ci permetterà di spianare la strada sul nostro riconoscimento professionale/intellettuale."
Continuando la nostra carrellata, Gaetano ed Eros, studenti del terzo ed ultimo anno, ci rispondono così:
"La Giornata Internazionale dell'Infermiere, celebrata dal convegno di OPI Como, è stata ricca di emozioni, informazioni e scambi di opinioni tra professionisti.
Aver incontrato, da studente, la Dott.ssa Marisa Cantarelli (madre dell'attuale Modelle delle Prestazioni Infermieristiche) è stato un evento indimenticabile, così come lo è stato l'aver visto di persona la Presidente degli Ordini delle Professioni Barbara Mangiacavalli.
La giornata è stata ricca di contenuti: molto stimolanti sono state le esperienze dirette portate da colleghi che operano in diversi ambiti della professione infermieristica. Sentire le testimonianze di chi già lavora per questa professione, è stato un grosso stimolo per me come studente: un mondo da scoprire e da vivere giorno dopo giorno"

"Il convegno del 12 Maggio 2018 si è rivelato un'occasione per consolidare le conoscenze acquisite durante li terzo anno di corso riguardo lo sviluppo della professione, in particolare il passaggio da Collegio a Ordine con il ddl Lorenzin (2017), atteso dalla legge 43 del 2006 che definisce l'obbligo di iscrizione all'albo e all'Ordine. Il convegno ha permesso a noi studenti di avvicinarci ulteriormente al mondo del professionista infermiere oltre ad approfondire i cambiamenti che l'Ordine ha portato. È stato interessante l'intervento della Dott.ssa Mangiacavalli riguardo lo sviluppo delle competenze specifiche e l'importanza della formazione avanzata. Ci si aspetta che l'Ordine possa permettere ai professionisti, e a noi futuri infermieri, di ottenere un adeguato riconoscimento sociale ed economico delle competenze avanzate e della valorizzazione dell'assistenza territoriale. Infine si attende la pubblicazione del nuovo Codice deontologico entro la fine dell'anno."
Studenti sì, ma con le idee ben chiare. I ragazzi del Corso di Laurea sin dal primo anno hanno ben chiaro cosa sia l'identità professionale: un'identità che va rafforzandosi con il secondo anno e che si fa ancora più "prepotente" al terzo. Una prepotenza fatta di novità, aggiornamenti, voglia di conoscere e di dimostrare che "Ogni persona lascia un'impronta. Noi infermieri: la nostra impronta sul sistema salute" [slogan FNOPI]

A cura di Alessandra Kiszka

12 maggio 2018: un convegno in onore degli infermieri

Quella del 12 maggio 2018 è stata una giornata TRA infermieri e PER gli infermieri. In effetti la scelta dell'OPI di Como è stata quella di celebrare la giornata internazionale degli infermieri dedicando alla professione un convegno sul tema degli ambiti disciplinari nella nuova era degli ordini.

Questo importante evento ha visto il confronto di plurimi professionisti impegnati ai diversi livelli del sapere infermieristico: dalla dirigenza, alla formazione fino all'esercizio della professione.

Molti sono state le riflessioni e i temi toccati ma ciò che più ha saputo rendere produttiva e memorabile la giornata è stata proprio la sinergia interprofessionale che questa occasione ha saputo creare. L'immagine che maggiormente ne rispecchia il risultato è quella di un albero- metafora più volte richiamata durante la giornata- le cui radici sono costituite dalla FORMAZIONE DI BASE e che, come quanto affermato da Barbara Mangiacavalli, rappresentano la certezza di quello che siamo e di ciò che sceglieremo di essere. Il tronco dell'albero è paragonabile invece al ruolo svolto dall'ORDINE che costituisce il focus della rappresentanza professionale e il senso di appartenenza alla professione ed infine la grande chioma simboleggiante il SENSO DI IDENTITA' PROFESSIONALE sviluppato da ciascun professionista attraverso la propria esperienza nel ramo dell'esercizio professionale, della formazione avanzata e dell'acquisizione di competenze avanzate.

Si è scelto di ripensare a questa giornata attraverso il vissuto dei partecipanti e degli organizzatori nella speranza di poter regalare ai presenti e non, un piacevole momento in cui con poche parole ed immagini, si è cercato di trasmettere le numerose emozioni condivise.

Gioia

Prima tra tutte la gioia è stato il sentimento che più ha caratterizzato la giornata del 12 maggio, occasione per rivedersi dopo del tempo e trascorrere un momento piacevole con i propri colleghi, ricordandoci che nonostante le assai ben note numerose difficoltà vissute nel quotidiano, l'assistenza infermieristica rimane sempre un'arte: "...una delle Belle Arti. Anzi, la più bella delle Arti Belle".

Responsabilità

Il richiamo alla responsabilità professionale, incrementato dal ruolo di sussidiarietà svolto dal neo-ordine delle professioni sanitarie nei confronti dello Stato, è stato un punto focale del discorso svolto dalla presidente nazionale della FNOPI Barbara Mangiacavalli.

"La tutela ordinistica favorirà non solo i professionisti – afferma la presidente - ma anche gli stessi cittadini, offrendo armi efficaci ad esempio contro l'abusivismo, che infanga l'operato di centinaia di migliaia di professionisti e pone a rischio la salute degli assistiti vigilando affinché l'iscritto abbia titolo al contatto diretto con la popolazione, anche, in caso, con l'esercizio della magistratura interna. Quindi il controllo sui comportamenti deontologici e professionali: si lavora per una sorta di accreditamento periodico anche in termini di competenza dei professionisti. Non basta essere iscritto all'Ordine se poi l'iscrizione diventa un mero titolo di cui fregiarsi senza rivedere preparazione, formazione e competenza. Va introdotto un percorso di accreditamento periodico professionale e continuativo che gli Ordini posso a pieno titolo verificare".

Intesa

Intesa che ha caratterizzato numerosi momenti della giornata e che rimanda al concetto di leadership basato sulla creazione di una cultura professionale condivisa, a favoredella crescita dei collaboratori e della collocazione appropriata di risorse disponibili secondo il modello manageriale basato sui processi che - come ricordato in tale occasione dalla dott. ssa Michetti - ha superato

---

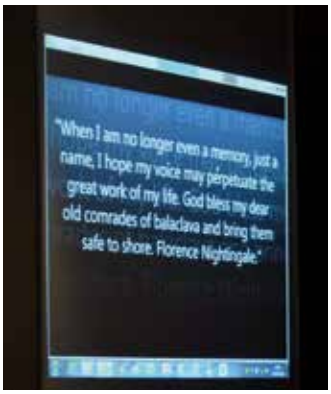
**Infermiere di area critica presso l'U.O. di Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza dell'ASST Lariana. Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche ed Ostetriche. Consigliere Opi Como - Referente della Commissione Ricerca.*

ampiamente il vecchio sistema a sviluppo verticale focalizzato sulle attività ed infine riducendo i confini gerarchici esistenti tra professione medica e infermieristica a favore di una collaborazione reale e fruttuosa in grado di influenzare positivamente la risposta ai bisogni delle persone assistite. Ne sono stati un esempio la presenza del dott. Spata, presidente dell'ordine dei medici e del dott. Carcano presidente della scuola di medicina dell'Università degli studi dell'Insubria.
Tra i presenti, anche il dott. Mario Landriscina, il quale ricorda: "Tutti hanno bisogno di questa professione e non lo dico per benevolenza, io sono entusiasta di questa storia che abbiamo fatto. Continuate a difendere la vostra storia con le unghie e con i denti non solo dagli attacchi esterni ma anche da quelli interni, lottate per il confronto per le pari opportunità, per essere sempre in prima linea. Nella nostra professione il risultato è la sintesi delle nostre competenze, ognuno con il proprio ruolo".

Laboriosità
In termini di creazione di ambienti lavorativi incentrati su standard assistenziali elevati basati sulla centralità della persona assistita e dei suoi familiari come nel caso dell'esperienza della rianimazione aperta dell'ospedale di Erba descritta dalla collega Votta o del modello incentrato sul primary nursing adottato presso la neuro-riabilitazione dell'ASST Lariana presentato dal coordinatore infermieristico Gatto Gisella.

Lustro
Lustro fornitoci dalla presenza di Marisa Cantarelli la quale, ancora oggi, rappresenta ad avviso di chi scrive, la donna che ha fatto la storia dell'Assistenza italiana e che con la sua teoria del modello delle Prestazioni Infermieristiche continua ad ispirare tutt'ora migliaia di infermieri.
Lustro inteso anche come sfoggio delle enormi ricchezze di cui dispone la professione infermieristica rappresentata dall'esperienza degli infermieri che quotidianamente, attraverso il proprio agire, sono in grado di fare la differenza. Ne sono senza dubbio un esempio il contributo della collega Imbrò la quale ha raccontato l'attività svolta dal GOIP vulnologico dell'ASST Lariana e l'esperienza della collega Alunni la quale, attraverso l'esperienza svolta con BCC, ha saputo descrivere il ruolo fondamentale rivestito dall'infermiere di famiglia sul territorio comasco.

Identità
La formazione è un tassello importante della professione infermieristica, ne rappresenta la base e la prima potenzialità di sviluppo di una solida identità professionale, come affermato più volte dalla presidente Mangiacavalli. L'evento del 12 maggio ha rappresentato di fatto anche un momento per riflettere su questo aspetto insieme agli studenti del corso di laurea in infermieristica. Inoltre, grazie agli interessanti elaborati di ricerca presentati dagli infermieri neo-laureati, è stata rimarcata l'importanza rivestita dal ruolo della ricerca in ambito infermieristico attraverso la premiazione di Matteo, Alessandro e Lorena. Gli outcomes assistenziali rappresentano la nuova visione dell'assistenza fondata su basi scientifiche e destinata a crescere senza attribuirsi esiti che non possono avere basi razionali concrete (Palese et al., 2008).



La celebrazione della Giornata Internazionale è stata un evento importante; il fatto di averla condivisa con i propri colleghi ha rappresentato un momento di confronto e analisi tra il proprio percorso professionale ed i valori fondanti la professione nell'interesse delle persone che assistiamo e nella speranza che "la nostra voce possa trasmettere, con il tempo, il grande lavoro della nostra esistenza".

*A cura di Tiziano Bianchi**

L'efficacia dell'opuscolo informativo nella riduzione dell'ansia in pazienti sottoposti ad angioplastica coronarica

Abstract

L'ansia e il disconfort rappresentano un problema infermieristico prioritario nel paziente in attesa di procedure invasive, incidendo sul suo percorso clinico. Ansia e stress sono un ulteriore rischio per la salute del paziente, in quanto possono interferire con la sua capacità di apprendimento ed adattamento, inibire la risposta immunologica e farmacologia, indurre un aumento del distress e del dolore intra e post-operatorio.

Obiettivo

Lo studio si pone come obiettivo di verificare l'efficacia di un opuscolo informativo, somministrato a pazienti che si devono sottoporre ad una PCI *(percutaneous coronary intervention)* nell'ospedale Valduce di Como.

Materiale e metodi

È stato somministrato un questionario per inquadrare il campione analizzato e per indagare lo stato di ansia e stress del paziente.

I 100 pazienti che sono stati inclusi nello studio sono stati divisi in modo randomizzato in due gruppi: 47 pazienti hanno seguito il normale iter informativo in uso, a gli altri 53 è stato dato da leggere in aggiunta, un opuscolo informativo.

Per misurare la differenza di ansia e stress tra i due gruppi è stata usata una Numeric Rating Scale (NRS) e domande sulla conoscenza della PCI.

Risultati

Dopo l'analisi dei dati, si è evidenziato un minor stato d'ansia nei pazienti che hanno avuto la possibilità di leggere l'opuscolo informativo, rispetto ai pazienti che hanno seguito l'iter informativo standard.

I pazienti del gruppo sperimentale hanno inoltre riferito maggior consapevolezza rispetto ad argomenti come la cardiopatia ischemica e l'angioplastica coronarica.

Conclusioni

In conclusione, lo studio fornisce indicazioni rispetto alla riduzione dell'ansia e dello stress in pazienti che devono sottoporsi a PCI, con l'introduzione di un intervento educativo (opuscolo informativo).

**Infermiere UTIC - ASST Lariana dal 2008 dopo un'esperienza nel Regno Unito in un ospedale a Briston inizia a lavorare presso l'emodinamica dell'Ospedale Valduce di Como. Dal 2017 presso l'UTIC dell'ASST Lariana. Master di primo livello in scienze infermieristiche di anestesia e rianimazione.*

Introduzione

Le procedure invasive diagnostiche e terapeutiche possono essere fonte di dolore e disagio fisico ed emotivo. L'ansia e il disconfort nel periodo pre-operatorio sono un'esperienza comune alla quasi totalità dei pazienti chirurgici[1] e rappresentano un problema infermieristico prioritario nel paziente in attesa di procedure invasive. Alleviare questi sintomi, rafforza nel paziente il senso di controllo dell'ambiente.[2]

Recenti studi in ambito cardiologico evidenziano che l'infarto miocardico aumenta i rischi di sviluppare ansia e disturbi depressivi durante i primi due anni dopo l'infarto miocardico e che questi sono associati con un rischio maggiore di infarto[3].

Dagli articoli consultati emerge che il problema dell'ansia, associata secondo alcuni autori a paura, incertezza, perdita di controllo, riduzione dell'autostima, siano una delle reali condizioni incontro alle quali si viene a trovare la persona in attesa di esami invasivi[4], questi, sono un ulteriore rischio per la salute del paziente in quanto possono interferire con la sua capacità di apprendimento ed adattamento, inibire la risposta immunologica e farmacologia, indurre un aumento del distress e del dolore intra e post-operatorio[5].

L'insegnamento della routine procedurale pertanto, aiuta a diminuire la paura dell'ignoto e accentua nell'assistito il senso di controllo della situazione. La descrizione degli eventi e delle sensazioni attese garantisce una certa familiarità con esse e diminuisce l'ansia associata con l'ignoto e l'inatteso[6]. Data la relazione tra un elevato livello d'ansia, il sistema nervoso autonomo e il rischio di ischemia miocardica nei pazienti con coronaropatie, è verosimile che una diminuzione dello stato di ansia contribuisca al loro benessere fisico e psichico[7].

Nel laboratorio di emodinamica dell'ospedale Valduce di Como molto spesso i pazienti che si apprestano a sottoporsi ad una PCI, nonostante abbiano già firmato un consenso informato, e abbiano seguito il normale iter informativo, non hanno ben capito in cosa consiste la procedura a cui stanno per essere sottoposti, non sanno quanto dovranno stare in ospedale o come comportarsi quando andranno a casa. Tutto questo genera ansia e stress, che va a sommarsi alla già complicata situazione emotiva che comporta il ricovero in ospedale.

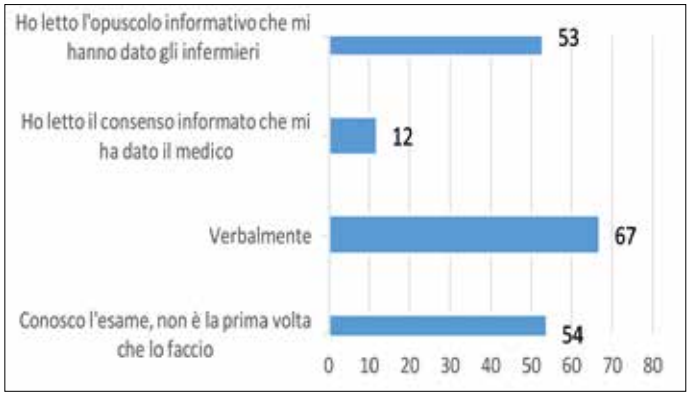


Grafico 1 Modalità di informazione alla procedura

Obiettivo

Lo studio ha come obiettivo, quello di valutare l'efficacia di un opuscolo informativo, consegnato al paziente in attesa di sottoporsi ad una angioplastica coronarica. Si intende indagare se l'introduzione di questo opuscolo possa ridurre lo stato d'ansia, incertezza e agitazione di pazienti che devono essere sottoposti PCI, incidendo in seconda battuta sulla compliance intra e post procedurale, e sulla qualità della procedura stessa.

Materiale e metodi

I risultati derivano dall'elaborazione statistica dei dati ottenuti dalle risposte ai questionari somministrati a pazienti con indicazione ad eseguire un esame coronarografico più eventuale intervento di angioplastica presso la sala di Emodinamica dell'ospedale Valduce di Como, nel periodo tra Settembre e Dicembre 2016.

Criteri di inclusione:

- uomini e donne indistintamente che devono sottoporsi a coronarografia più eventuale PCI nella Sala di Emodinamica dell'ospedale Valduce di Como.
- consenso dell'assistito.
- procedura elettiva.

Criteri di esclusione:

- paziente con problemi cognitivi o percettivi che impediscono la comunicazione e la comprensione.
- paziente straniero, non in grado di comprendere la lingua italiana.
- pazienti che già avevano partecipato a questo studio in precedenza.

Tutti i pazienti, in seguito alla spiegazione della ricerca e dei suoi obiettivi, hanno accettato di partecipare allo studio.

Si è deciso di dividere i pazienti in due gruppi: un

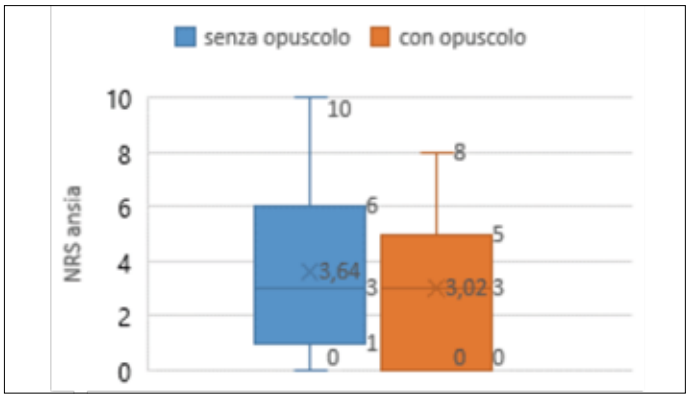


Grafico 2 relazione NRS ansia e opuscolo

gruppo sperimentale e uno di controllo; come strumento di randomizzazione si è scelto di somministrare l'opuscolo informativo a settimane alterne. L'opuscolo informativo è stato consegnato al paziente al momento del ricovero in ospedale.
Lo studio è stato condotto tramite l'utilizzo di un questionario, redatto dell'autore dello studio, sottoposto ai pazienti in forma anonima e la cui compilazione è stata libera e facoltativa.
Il questionario è composto da 12 domande a scelta multipla, l'ultima delle quali era da compilare dopo l'intervento di angioplastica coronarica.
Per indagare lo stato di ansia ed agitazione è stata utilizzata una scala NRS (Numerical Reating Scale), da 0: assenza di ansia a 10: agitazione massima.

Analisi statistica

Del campione analizzato, sono state prese in considerazione diverse variabili che avrebbero potuto influenzare il livello di comprensione di un opuscolo informativo e lo stato d'ansia derivato dalla condizione di ricovero, in attesa di una angioplastica coronarica.
Nello specifico, sono stati considerati il sesso, la fascia d'età e il livello d'istruzione.
Dei 100 pazienti presi in esame, il 24% sono donne, il 76% i uomini.
15 pazienti avevano un'età inferiore a 60 anni, 26 pazienti si trovavano in un'età compresa tra i 61 e 70 anni, 37 tra i 71 e gli 80 anni e 22 pazienti avevano un'età sopra gli 80 anni.
Per quanto riguarda la distribuzione del campione in esame per livello di istruzione, 28 (28%) pazienti hanno conseguito le elementari, 30 (30%) pazienti anno conseguito il diploma di terza media e trenta il diploma di maturità, solo 12 (12%) pazienti intervistati hanno conseguito la laurea.
A 53 pazienti è stato consegnato l'opuscolo informativo, 47 sono invece i pazienti che hanno costituito il gruppo di controllo.
Dei 100 pazienti presi in considerazione per questo studio, 54 avevano già eseguito in passato un intervento di angioplastica coronarica, 46 soggetti invece eseguivano l'intervento per la prima volta.

Risultati

Sono stati consegnati in totale 117 questionari, 17 dei quali non sono stati tenuti in considerazione per lo studio in quanto i pazienti si erano sottoposti solo ad un esame coronarografico senza angioplastica. Sono entrati a far parte dello studio 100 pazienti.
Il 100% dei pazienti che si sarebbero dovuti sottoporre ad angioplastica coronarica e a cui è stato proposto di partecipare ha aderito allo studio; in totale si sono presi in esame 100 pazienti e la totalità di essi era di nazionalità italiana.
Il gruppo di controllo (47 pazienti) ha seguito l'iter formativo standard adottato nell'ospedale Valduce per pazienti che si devono sottoporre a PCI, che consiste in un colloquio preliminare con il medico cardiologo che propone l'esame e, una volta ricoverato in ospedale un'ulteriore colloquio con il medico a cui segue la firma sul documento di consenso informato.
Al gruppo sperimentale (53 pazienti) è stato somministrato l'opuscolo informativo riguardante l'angioplastica coronarica, in cosa consiste l'esame, come viene condotto, cosa aspetta al paziente appena terminata la procedura e varie indicazioni sugli stili di vita da adottare una volta dimessi dall'ospedale...
Dallo studio emerge che l'87% (46) dei pazienti che ha l'etto l'opuscolo informativo, ritiene che le informazioni a loro date siano state in grado di ridurre lo stato d'ansia e lo stress a dispetto del 60% (28) dei pazienti che non hanno avuto la possibilità di leggerlo. Nel gruppo sperimentale solo 1 paziente riferisce di non aver avuto nessuna riduzione dello stato d'ansia, contro i 6 (13%) del gruppo di controllo.
Il grafico 1 riassume le riposte che hanno dato i pazienti in merito alle modalità con cui riferiscono di esser stati informati rispetto alla procedura cui stavano per andare a sottoporsi. Il numero totale di risposte a questa domanda è superiore al numero di pazienti intervistati in quanto è stata data la possibilità di rispondere con più di una risposta.
Degno di attenzione è il fatto che solo il 12% dei pazienti riferisce di aver letto il consenso informato proposto e illustrato dal medico. In oltre, non ostante la comunicazione verbale sia considerata da diversi studi come lo strumento principe per informare il paziente (e quindi ridurre il livello di ansia e stress)[1,2], solo il 67% del campione analizzato riferisce di essere informato con questa modalità.
I grafici 2 e 3 vengono sintetizzate le differenze degli stati d'ansia e stress espressi con un valore numerico da 0 a 10 tra i pazienti che avevano già eseguito in passato un intervento di PCI e quelli che lo eseguivano per a prima volta. I pazienti senza esperienza di PTCA mostrano livelli di ansia superiori rispetto a quelli dichiarati dai pazienti che avevano già seguito l'esame in passato.
Considerando invece il vissuto esperienziale, si nota

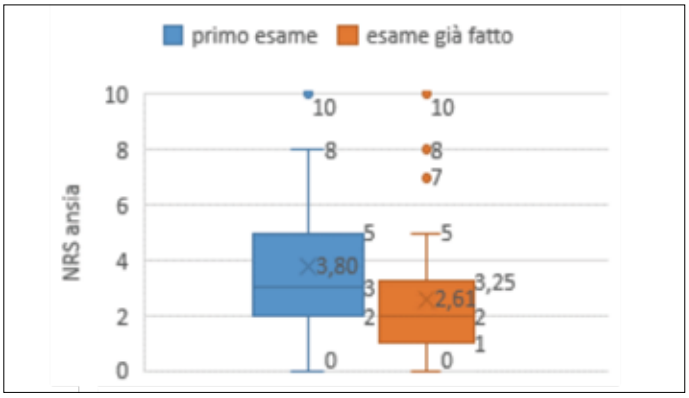


Grafico 3 relazione NRS ansia e esperienze

come anche questo incida sulla riduzione dei livelli di ansia è evidente che il gruppo con esperienza di PTCA, ha valori medi di ansia e una dispersione dei dati inferiore al gruppo che eseguiva l'intervento di angioplastica per la prima volta.
Si è provato inoltre a suddividere il campione ulteriormente, tenendo in considerazione tutte le variabili: opuscolo consegnato o no, angioplastica già eseguita in passato o prima esperienza. I risultati ottenuti e rappresentati dal grafico 4 sono significativi: l'esperienza pregressa e un'informazione più completa sono associati ad una progressiva riduzione di ansia e stress.
Analizzando il grafico 4 si può osservare come i pazienti che eseguivano per la prima volta l'esame e non avevano letto l'opuscolo riferivano in media di avere un valore NRS di ben 2,3 punti in più rispetto a chi si era già sottoposto in passato ad una angioplastica coronarica. Ancora minori sono i valori NRS di ansia e agitazione di chi, pur non avendo mai effettuato un esame simile, aveva avuto l'opportunità di leggere l'opuscolo informativo. Il gruppo che risulta essere quello che ha avvertito meno ansia e stress è quello che oltre ad aver già vissuto l'esperienza di sottoporsi ad una PTCA aveva anche letto l'opuscolo informativo.
Prendendo in considerazione il dolore, il grafico 5 mostra come l'esperienza algica dei pazienti non si modifichi in modo evidente nei due gruppi dello studio.

Conclusione

Laddove il medico fornisce risposte competenti, ma perlopiù identificanti il paziente con la malattia di cui è portatore, l'infermiere, con la propria naturale predisposizione a trattare con il paziente in maniera non esclusivamente medicalizzata, si propone come la più importante figura sanitaria in grado di rassicurare (in modo non generico), educare e riabilitare il paziente[8]. Questo studio evidenzia il fatto che solo il 12% dei pazienti riferisce di aver letto il consenso informato proposto e illustrato dal medico, inoltre, non ostante la comunicazione verbale sia considerata da diversi studi come lo strumento principe per informare il paziente (e quindi ridurre il livello di ansia e stress)[1,2], solo il 67% del campione analizzato riconosce di essere stato informato con questa modalità.
Il problema dell'ansia, è una delle reali condizioni incontro alle quali si viene a trovare la persona in attesa di intervento chirurgico[9]; ciò si verifica senza alcuna significativa correlazione con le variabili sociali (sesso, età, condizioni lavorative, educazione, stile di vita ecc.) e cliniche (diagnosi, patologie concomitanti, tipologia degli interventi) della popolazione[10]. Questo studio conferma questa tesi, infatti, non si notano differenze significative o tendenze che possano indicare correlazioni tra ansia e sesso o età o livello di istruzione.
Il presente studio presenta alcuni limiti evidenti, primo tra tutti la numerosità del campione; si è inoltre deciso di usare una scala NRS, non validata per "misurare" ansia e agitazione.
Scale dedicate a questo scopo come la RASS o la Townsend, ad esempio sono molto specifiche ma assolutamente poco sensibili: un opuscolo come quello preso in esame si propone di produrre effetti su pazienti che vivono uno stato d'ansia lucido e controllato, di sicuro non di moderare gli stati di panico incontrollato o pazienti combattivi. Altre scale validate che si propongono di valutare stati d'ansia e depressione, come la HADS (Hospial Anxiety and Depression Scale)[11]. o la APAIS (The Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale)[12] oltre all'ansia, considerano

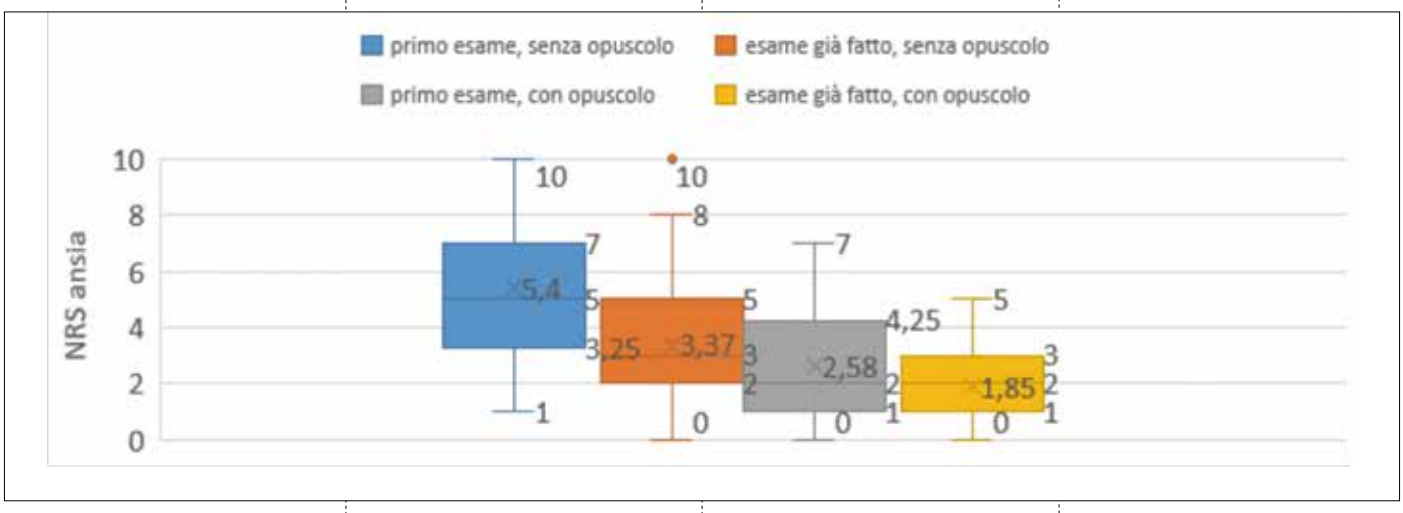


Grafico 4

aspetti come lo stato depressivo o la anestesia; aspetti che considero confondenti per il campione analizzato in questo studio. Per questo motivo si è deciso di utilizzare una semplice scale NRS.

Esistono molte ricerche che definiscono l'efficacia di una buona educazione pre e post operatoria, ma poche sono quelle che vanno ad analizzare quali siano gli strumenti educativi migliori e da chi debbano essere illustrati, per aumentare la comprensione da parte del paziente. I pochi studi che hanno analizzato questo aspetto sembrano però suggerire che uno degli strumenti più efficaci sembrano essere gli opuscoli informativi.

Al momento non sono presenti studi che si concentrano sull'efficacia di un opuscolo informativo in pazienti che devono sottoporsi ad angioplastica coronarica.

Questo studio evidenzia un maggiore livello di ansia nei pazienti che non hanno avuto la possibilità di leggere l'opuscolo informativo rispetto ai pazienti che hanno seguito l'iter informativo standard.

Come era lecito aspettarsi, il fatto di aver già eseguito in passato una PCI è un fattore importante nella riduzione dello stato ansioso.

Bibliografia

1. *Bailey, Bailey L. Strategies for decreasing patient anxiety in the perioperative setting. PMID: 20888947 DOI: 10.1016/j.aorn.2010.04.017*
2. *Carroll, Malecki-Ketchell, Astin. Non-pharmacological interventions to reduce psychological distress in patients undergoing diagnostic cardiac catheterization: a rapid review. PMID: 27638314 DOI: 10.1177/1474515116670596*
3. *Chien WC, Cheng WT, Chung CH, Cheng SM, Tzeng WC, Feng HP. Risk of anxiety and depressive disorders in patients with myocardial infarction: A nationwide population-based cohort study. 2016;95(34):e4464. DOI: 10.1097/MD.0000000000004464.*
4. *Asilioglu K, Celik SS. The effect of preoperative education on anxiety of open cardiac surgery patients. Patient Educ Couns. PMID: 15062906 DOI: 10.1016/S0738-3991(03)00117-4*
5. *Maward L, Azar N. Comparative study of anxiety in informed and non-informed patients in the preoperative period. Rech Soins Infirm. 2004; PMID: 15493484*
6. *Verderber A, Shively M, Fitzsimmons L. Preparation for cardiac catheterization. Cardiovasc Nurs. 1992;7(1):75-7*
7. *Infermiere Giacomo Ferrarello "Educazione sanitaria al paziente nel nursing peri operatorio", Centro Studi EBN.*
8. *K, Celik SS "The effect of preoperative education on anxiety of open cardiac Surgery patients." Patient Educ Couns. 2004; 53(1):65-70. PMID: 15062906 DOI: 10.1016/S0738-3991(03)00117-4*
9. *Calvin RL, Lane PL "Perioperative uncertainty and state anxiety of orthopaedic surgical Patients." Orthop Nurs. 1999; 18(6):61-6. PMID:11062616*
10. *Zigmond A.S., Snaith R.P. The hospital anxiety and depression scale. Acta Psychiatr Scand. 1983; 67:361-370*
11. *Moerman, Nelly MD; van Dam, Frits S. A. M. PhD; Muller, Martin J. MA; Oosting, Hans PhDAnesthesia & Analgesia:March 1996 - Volume 82 - Issue 3 - pp 445-451*
12. *Inf. Lancellotti Monica, Inf. Mereu Roberta, Inf. Spessotti Laura "L'efficacia dell'educazione sanitaria al paziente cardiologico (affetto da scompenso cardiaco) e cardiochirurgico (in previsione di un intervento chirurgico)", Centro Studi EBN.*

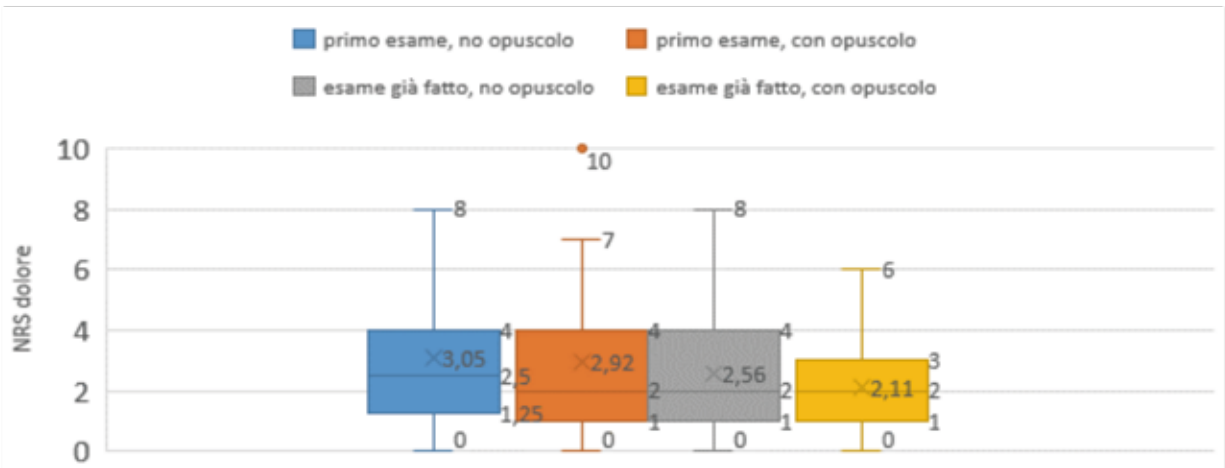
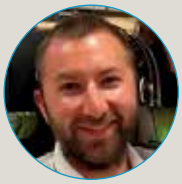


Grafico 5

*A cura di Guido Caironi**



1915-1918 MEDICINA, CLINICA ED ASSISTENZA INFERMIERISTICA IN GRIGIOVERDE

Riflessioni infermieristiche sull'approccio scientifico, la cura e l'assistenza dei feriti durante la prima guerra mondiale

ALLE ORIGINI DELLA PROFESSIONE INFERMIERISTICA: TRA BARELLIERI, AIUTANTI DI SANITÀ E INFERMIERE

Il fuoco di sbarramento è previsto per le ore quattro di questa notte. Tre ore di incessante tambureggiare. Tre ore in cui tonnellate e tonnellate di metallo verranno scagliate contro le nostre trincee.

Per cercare di interrompere qua e là la continuità dei reticolati di filo spinato e aprire così la strada alla fanteria; che soltanto dopo però, quando le artiglierie saranno tornate silenziose, potrà lanciare le sue infinite quantità di padri, figli e fratelli. Insomma, uomini; ma si fa per dire, perché molti di loro ancora non hanno neppure iniziato a radersi.

Tre ore in cui i cannoni austro-ungarici si sfogheranno, lanciando proiettili di ogni calibro; schiantando sulle nostre teste bombe di ogni tipo: dirompenti, del tipo "a granata", o i temutissimi *shrapnel*. Questi ultimi fanno tanto chiasso e paura, ma poco risultato. Almeno fino a che si resti acquattati sul fondo fangoso delle trincee.

Gli shrapnel sono dei proiettili con una spoletta a tempo che, calcolata dai *capo-pezzo*, li fa esplodere in volo a pochi metri dal suolo. Lo scoppio della carica scaglia tutt'intorno una gran quantità di pallette di piombo, che nel loro moto illogico e irrazionale vanno a colpire qualsiasi cosa, oggetto o uomo che si trovi entro il loro raggio d'azione. Ma arrecano poco danno, almeno fintanto che si rimanga al riparo delle trincee, acquattati dentro le casematte, nascosti nelle casermette, nelle ridotte, uno sull'altro, tutti pigiati e trasformati in un tutt'uno con questa ter-

**Infermiere di area critica. Guida Alpina, attualmente lavora presso la SOREU LAghi AAT 118 Como.*

ra che vibra, che si scuote, che sobbalza e tossisce a ogni colpo dei grossi calibri di artiglieria. Ma guai a uscire dalle protezioni; guai farsi trovare impreparati. Guai lasciarsi corrompere dalla tensione, o abbassare la guardia; magari eccitati e resi decisamente incoscienti dai lunghi sorsi di cordiale, generosamente distribuito dai sergenti alle giovani reclute. Quell'imberbe ragazzotto di campagna, confuso, frastornato e reso pazzo dai boati che tutt'intorno battono senza pietà la linea del fronte; quel bòcia, se non fosse trattenuto con la forza dai più savi ed esperti commilitoni, salterebbe fuori in campo aperto. Cercando nella fuga la piena libertà; e sicuramente incontrando invece l'ossuta padrona di questa Grande Guerra; quella scheletrica signora che danza con la forza di cento uomini e che, quando ti afferra, mai più ti lascerà.

Il proiettile detto "Shrapnel" è cavo e riempito di sfere di piombo o, in economia di guerra, di acciaio; è munito di una carica di scoppio collegata ad una spoletta a tempo. La spoletta viene regolata in modo tale da garantirne l'esplosione prima che il proietto impatti col suolo in modo da disperdere dall'alto e verso il basso il suo contenuto mortale (foto di Stefano Menchiari, Museo Tre Sassi - Passo di Valparola)

Non bisogna dargliela vinta; mai cedere; che i nervi restino saldi e che la ragione non ci abbandoni.
E che neppure ci lasci la memoria; il vivace ricordo di quel varco là, aperto tra due colonne di pietra. Perché in quel posto guai camminare con la schiena diritta, come in un *presentat-arm!* Là vi è sempre l'acuto sguardo di un *Mannlicher* già puntato; basta che il cecchino compia il semplicissimo gesto di tirare il grilletto ed ecco il *Ta-Pum*; il rumore del proiettile che si schianta, e poi dopo, solo dopo, il botto che arriva dalla canna del fucile. Prima l'uno, poi l'altro; prima il lampo, poi il tuono. Prima la vita, poi la morte.

Da un disegno di A. Beltrame della Domenica del Corriere (25 agosto – 1° settembre 1918) una rappresentazione cinematografica "particolare" in strutture ospedaliere francesi e statunitensi. A volte le infermiere si occupavano anche di questo tipo di assistenza, non sanitaria, ma comunque rivolta al miglioramento delle condizioni psichiche dei feriti (per gentile concessione della Croce Rossa Italiana di Misinto, archivio privato)

Questa breve introduzione, narrativamente interpretando una tipica situazione di ordinaria follia, vuole descrivere per sommi capi i momenti che preannunciavano uno dei tanti attacchi che costellavano la tenuta della linea del fronte durante la Grande Guerra. L'incessante tambureggiare, protratto per ore e ore, delle artiglierie, a creare uno sbarramento d'acciaio che mirava ad aprire varchi nelle difese nemiche; ma che soprattutto cercava, in un anticipo di quella *Guerra Psicologica* che soltanto decenni dopo venne teorizzata e affinata, di fiaccare il morale dei soldati che da giorni e giorni erano ammassati in trincea[1]. Il pericolo dello

Set di primo soccorso ortopedico e chirurgico da prima linea, trasportabile in zaino da parte di militi o Aiutanti di Sanità; comprende medicazioni e stecche per frattura (foto dell'autore, per gentile concessione del Museo Storico Italiano della Guerra di Rovereto)

[1] *Bianchi B. (2001). La follia e la fuga. Nevrosi di guerra, diserzione e disobbedienza nell'esercito italiano. Bulzoni Editore: Roma*

scoppio delle granate, con le conseguenti atroci ferite che potevano causare i frammenti di proiettile o le "pallette" contenute nei tanto tristemente famosi *Shrapnel*. Il terrore dei cecchini, così come venivano spregevolmente chiamati i tiratori di "Cecco-Beppe", nomignolo affibbiato dai fanti italiani all'Imperatore **Francesco Giuseppe I d'Austria**.

sul concetto di *infermiere* e sui ruoli, sui compiti e sulle mansioni che allora venivano attribuiti a questo personale sanitario non medico; figura sanitaria che può venir considerata a ragione la nostra progenitrice e che tanto fece, durante il periodo bellico di cui cade proprio in questi giorni il centenario, per l'assistenza rivolta alle centinaia di migliaia

Se all'inizio del conflitto molte specializzazioni della medicina non erano nemmeno state abbozzate, dopo la cessazione delle ostilità ci si trovò a dover letteralmente inventare nuove branche della medicina; per poter gestire un numero enorme di mutilati e invalidi, persone con turbe psichiche, uomini con il volto deturpato dalle schegge di granate,

come esempio tra tutti il *solfuro di diclorodietile*, una delle prime armi chimiche, lanciata per la prima volta a Ypres il 12 luglio 1917, da cui il nome di Iprite[2]. Un gas fortemente vescicante con effetti soppressivi sull'apparato emopoietico, in grado di sviluppare leucopenia e quindi immunodeficienza. Era conosciuto anche come mustard gas, per l'odore molto simile a

Dal testo statunitense "United States Surgeon General's Office (1914). Drill Regulations and Service Manual for Sanitary Troops, United States Army. Military Publishing Co.: New York". L'interpretazione americana dell'emostasi tramite la compressione di vari punti di compressione lungo il decorso di arterie principali; quindi un rudimentale laccio emostatico a tourniquet ed emostasi di fortuna utilizzando la baionetta come strumento di tensionamento del tourniquet (collezione privata dell'autore)

Questi i pericoli della guerra. Queste, tra le altre, le possibilità di rimanere feriti o di restare per sempre sul campo. Queste, tra le tante, alcune delle sfide che venivano lanciate all'allora immatura, ma nonostante ciò assai raffinata, *medicina castrense*.

Nella nostra precedente rubrica abbiamo affrontato la tematica del *Triage,* della sua origine e delle sue molteplici declinazioni storiche, espresse in differenti modalità operative sui diversi campi di battaglia in altrettante varie epoche storiche.

In quest'occasione desideriamo invece portare una riflessione centrata

di soldati feriti o malati. Ricercando tra le fonti storiche e sfogliando i libri e le antiche riviste di medicina castrense, si scopre un mondo sanitario che, pur avendo oramai compiuto per l'appunto cento anni, risulta ancora molto attuale; e il cui studio può essere d'aiuto per la gestione delle grandi problematiche dei nostri giorni.

I principi del *Triage*, lo si è già visto, si svilupparono grandemente durante il Primo Conflitto Mondiale. Ma anche la medicina infettivologica, la chirurgia, la neurochirurgia e la tossicologia videro un'accelerazione notevole proprio in quella manciata di anni.

lesioni neurologiche, ustioni, avvelenamenti e malati delle più strane patologie infettive che la penuria di medicinali, le condizioni di vita al limite del possibile e l'affollamento delle trincee avevano trasformato in patologie tra le più mortali che il genere umano abbia mai conosciuto.

Dai devastati campi di morte nacquero anche i composti chimici che si trasformeranno, alcuni anni dopo, nei primi farmaci chemioterapici, in una commuovente trasposizione dalle più atroci sofferenze di un'arma chimica alle speranze di guarigione da una malattia neoplastica. Voglio qui ricordare

Immobilizzazione di fortuna dell'arto inferiore (Drill Regulations and Service Manual for Sanitary Troops, op. citata; collezione privata dell'autore)

[2] *Businco A. (1917). I gas così detti asfissianti in guerra: brevi considerazioni storiche, cliniche, profilattiche, anatomiche e chimiche. Tipografia Simoncini: Pisa*

quello della mostarda. È stupefacente pensare che un chemioterapico ancora impiegato nella cura dei linfomi, la *bendamustina*, appartiene al gruppo dei farmaci noti come *mostarde azotate*, la cui composizione chimica è molto simile a quell'antico gas mortale, l'Yprite appunto[3].
E anche gli infermieri, in questo baillame di giovani dottori investiti di responsabilità che andavano ben oltre la loro maturità e preparazione; tra portantini, barellieri, dame di carità e aiutanti di sanità; tra soldati illetterati e militi scrittori o poeti; tra giovani e anziani, tutti chiamati al più alto sacrificio che sia mai stato chiesto all'uomo; anche gli infermieri iniziarono a offrire il loro insostituibile contributo a quell'unica causa che unì tutti gli esseri umani negli immediati anni del dopoguerra: ritrovare la pace, ricreare le condizioni per vivere dignitosamente, ricostruire intere generazioni andate perdute. E riacquisire un poco di forza, un minimo benessere, un po' di felicità e la perduta e tanto agognata salute.
Durante la Grande Guerra non veniva ancora impiegato il termine di *infermiere*, ma quello di *barelliere, portaferiti* e *aiutante di sanità*[4]. Quest'ultimo ricopriva un ruolo di maggior professionalità rispetto a un *barelliere*, o a un *portaferiti,* seppur fosse sprovvisto sia di un adeguato riconoscimento professionale che di un relativo programma formativo strutturato. *L'aiutante* di sanità poteva essere considerato un progenitore dell'attuale infermiere, con tutti i limiti ovviamente imposti dalle condizioni riscontrabili all'epoca. Anzi, in tempi più recenti tale figura militare sarebbe stata equiparata a quella civile di *infermiere* generico, qualifica oramai in esaurimento. Mentre i *portaferiti* e i *barellieri* si sarebbero potuti considerare dei moderni soccorritori. Agli *aiutanti di sanità* venivano riconosciute competenze ausiliarie di supporto dell'attività del medico, ma delle loro reali abilità sul campo si sa ben poco, se non perché citati in qualche resoconto sanitario o perché presenti nei racconti di qualche ufficiale medico.
Si sa che il 4 febbraio 1918, la *Direzione Generale di Sanità Militare* emise la circolare n. 115024 con l'indicazione a costituire dei nuclei chirurgici specializzati, in grado di muoversi verso gli ospedali a ridosso del fronte in caso di bisogno: ogni nucleo chirurgico doveva essere composto da un chirurgo operatore, di provata professionalità, da un chirurgo assistente e per l'appunto da un *aiutante di sanità*, possibilmente già "affiatati" per poter contare sull'immediata entrata in funzione, al massimo entro le 24 ore dall'avviso telegrafico. La successiva circolare n. 115234 del 24 aprile 1918 aumentava l'organico del nucleo chirurgico da 3 a 5 elementi portando a due unità i chirurghi assistenti e gli *aiutanti di sanità*, possibilmente designati dal capo nucleo[5].
Sostanzialmente si trattava di soldati che venivano affidati alle *Sezioni di Sanità Reggimentale*, con compiti di supporto alle attività sanitarie stesse. Potevano ricoprire i gradi di soldato semplice, di caporale, o di sergente (quindi sottufficiali). Tali *Sezioni di Sanità* erano formate da un *Capitano Medico*, due *Tenenti Medici*, quattro *Aspiranti Ufficiali Medici*, due *Cappellani*, sei *Sergenti Aiutanti di Sanità*, sei *Caporali Aiutanti di Sanità* e 48 *Militi Semplici (portaferiti o barellieri)*[6].

PROGRAMMA

degli esami per le Dame Infermiere

Udine 1909

Gli esami avranno principio il giorno 10 Maggio p. v. alle ore 17 ½ e continueranno ogni giorno meno la Domenica, alla stessa ora nel locale scolastico di Via Dante, fino ad esaurimento delle iscrizioni

Il 31 Maggio si farà un secondo appello per quelle signore che non intendessero presentarsi al primo.

Si presume che saranno esaminate circa 6 candidate per ogni seduta.

La durata dell'esame che sarà complessivamente di circa 10 minuti, potrà variare a seconda della maggiore o minore sviluppo dell'esercizio pratico.

Si estrarranno a sorte due quesiti e la candidata avrà facoltà di scelta. Sarà notificato volta per volta l'esito degli esami.

Programma e date d'esame per l'abilitazione delle Dame Infermiere della Croce Rossa Italiana di Udine (collezione privata dell'autore)

CROCE ROSSA ITALIANA

SOTTO-COMITATO DI SEZIONE DI UDINE

Scuola per le Dame infermiere

Sotto l'Alto Patronato di S. M. la REGINA

Tessera di inscrizione.

Tessera di iscrizione alla "Scuola per Dame Infermiere" della Croce Rossa Italiana (collezione privata dell'autore)

[3] *Mantoan N. (1999). La guerra dei gas. 1914-1918. Gaspari: Udine*
[4] *Sala C. (1915). Il soldato di sanità. Tipografia Lavagno: Casale Monferrato*
[5] *Ferrajoli F. (1968). Il servizio sanitario militare nella guerra 1915-1918 (nel cinquantenario della vittoria). Giornale di medicina militare. 118: 501-516.*
[6] *Lustig A. (1915). La preparazione e la difesa sanitaria dell'esercito. Ravà & C. Editori: Milano*

Si può presumere che queste figure ricoprissero mansioni di primo soccorso, relativamente ad atti clinici di semplice ma fondamentale attuazione, come quelli importantissimi dell'emostasi delle emorragie[7] e dell'immobilizzazione degli arti fratturati[8].
Disponevano di alcuni presidi, contenuti in casse, o borse per il pronto impiego da usarsi anche durante gli scontri a fuoco più impegnativi. Il loro intervento era mirato all'applicazione delle prime manovre di soccorso, come già descritto, e al trasferimento rapido dei feriti, con barella o a braccia, verso le baracche della sanità ove era presente un medico.
Nell'ambulatorio coadiuvavano l'ufficiale nelle manovre più invasive (estrazione di schegge e proiettili, amputazione di arti) e nelle medicazioni dei feriti, reintegrando il materiale utilizzato e sanificando (in maniera alquanto spartana) il tavolato operatorio.
Se non si parlò di *infermieri* però si conobbe approfonditamente il ruolo delle *infermiere*.[9] Furono infatti soltanto le donne a ricoprire questo ruolo sanitario, per tutta la durata del conflitto e anche negli anni a seguire. Tanto che per molti decenni questa professione venne quasi esclusivamente riservata al sesso femminile e ancora oggi, qualche persona molto anziana, fatica ad accettare che degli uomini possano essere infermieri.
Questa è la mentalità di molte persone di una certa età e sicuramente fu l'opinione generalmente condivisa negli anni della Grande Guerra.
Gli ufficiali medici da soli non potevano soddisfare tutte le richieste di intervento tipiche delle fasi più intense di una battaglia o sotto il bombardamento nemico. Non si riesce neppure a immaginare a quanti medici ci si sarebbe dovuti appellare se è vero che, alla fine della guerra, i soldati italiani rimasti sui campi di battaglia furono 651.000, di cui ben 186.000 morirono non per le ferite di guerra, ma per altre tipologie di malattia[10].
Proprio per rispondere alla penuria di medici negli anni 1916 e 1917 si realizzò una esperienza didattica unica nel suo genere. Si costituì, nelle immediate retrovie, una Scuola di Medicina e Chirurgia a cui afferirono gli studenti iscritti negli ultimi due anni del corso di laurea. Questa esperienza didattica prese il nome di *Università Castrense* e trovò la sua sede a San Giorgio di Nogaro, nelle retrovie della Terza Armata. Nella scelta del luogo pare fosse intervenuta anche la duchessa **Elena d'Aosta**, moglie di **Emanuele Filiberto** e *Ispettrice Nazionale* delle *Infermiere Volontarie* della Croce Rossa Italiana, con il grado di Generale.
Gli studenti erano impiegati alla mattina nel praticantato clinico, quindi venivano erogate le lezioni e la giornata si chiudeva dalle 20.00 alle 23.30 con lo studio individuale in aula.
Questa esperienza è di utile interesse anche per i nostri giorni, considerando che l'alternanza di studio e tirocinio, intervallata da periodi di esame, è molto più simile ai percorsi formativi degli infermieri che non a quelli dei medici[11].
La penuria di medici im-

Il trasporto dei feriti grazie a una delle prime ambulanze (per gentile concessione archivio Museo Storico Italiano della Guerra di Rovereto)

Coppia cofani di Pronto Soccorso per autoambulanze e campi di aviazione: Cassa A, con medicazioni, farmaci e ausili per frattura (foto dell'autore, per gentile concessione del Museo Storico Italiano della Guerra di Rovereto)

[7] *Mendes G. (1915). Manuale di Medicina e Chirurgia di Guerra. Amministrazione del Giornale il Policlinico: Roma*
[8] *Uffreduzzi O. (1915). Guida per il chirurgo in guerra. Unione Tipografico-Editrice Torinese: Torino*
[9] *Bartoloni S. (2003). Italiane alla guerra. L'assistenza ai feriti 1915-1918. Marsilio: Venezia*
[10] *Donelli G., Di Carlo A. (2016). La Sanità Pubblica Italiana negli anni a cavallo della Prima Guerra Mondiale. Armando Editore: Roma*
[11] *Delvecchio G., Delvecchio F. (2015). L'Università Castrense nella formazione dei medici militari (1916-1917). Nel centenario della Grande Guerra il ricordo di una singolare sperimentazione didattica. Tutor, Vol. 15, N. 2, pag. 5-12*

poneva che fosse logico rivolgersi a delle figure *paramediche*, di grado militare inferiore (cioè non ufficiali), ma più numerose e capillarmente diffuse tra le truppe schierate in prima linea. Il medico veniva richiesto per gli interventi più complessi o, secondo le leggi militari vigenti, per constatare la morte di un soldato.

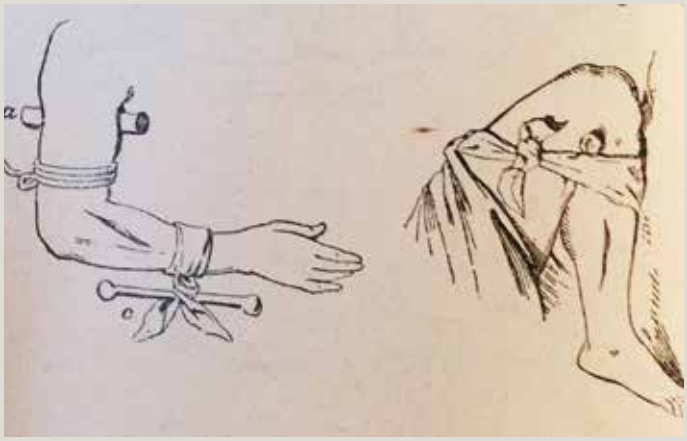
Ma le *infermiere*, proprio perché di sesso femminile, venivano ritenute di spirito eccessivamente impressionabile, quindi considerate inaffidabili o addirittura identificate come elemento "di disturbo" per la truppa; proprio per questi motivi a loro era interdetta ogni azione in prima linea. E quindi, per poter disporre di personale in grado di attuare le tecniche di primo soccorso, si doveva ricorrere ai famosi *aiutanti di sanità* e ai *barellieri*, tutti inquadrati nel *Regio Esercito* e come tali rigorosamente di sesso maschile.

Alle *infermiere* spettava invece il compito di assistere e curare i feriti nelle retrovie o nei cosiddetti *ospedaletti*, situati magari a ridosso del fronte, ma mai direttamente impegnati negli scontri a fuoco o nei bombardamenti.

Ad assistere i malati nelle retrovie si potevano trovare persone afferenti a ordini religiosi, *Infermiere* di associazioni civili o militari, *Dame di Carità* (cioè giovani signore solitamente di elevata estrazione sociale disposte ad aiutare i militari in esigenze "accessorie" e non sanitarie, come scrivere lettere, sistemare la biancheria, fornire vestiti etc.) e altre figure più o meno volontarie. **Sita Meyer Camperio**, donna di cultura in grado di parlare ben quattro lingue e musicista, diplomata in violino al Conservatorio Giuseppe Verdi di Milano, fu ricoverata in un ospedale durante un soggiorno in Germania nel 1904, ed ebbe così modo di restare favorevolmente colpita da una infermiera della *Croce Rossa* che ne curò l'assistenza. Rientrata in Italia studiò uno dei manuali più famosi in materia di primo soccorso; un testo che affrontava i più svariati argomenti sanitari, dall'igiene, all'economia domestica, al primo soccorso, scritto dal dottor **Carlo Calliano** e intitolato *Soccorsi d'Urgenza*. La **Meyer** organizzò un ciclo di incontri per studiare il testo, insieme ad alcune amiche, e apprendere così i rudimenti di anatomia e l'uso delle bende. Finalmente il 9 febbraio 1908, alla presenza della Regina Madre, di ministri, dame e illustri personalità, nell'Ospedale Militare del Celio venne inaugurata la prima scuola della capitale, che segnava ufficialmente l'atto di nascita del *Corpo delle Infermiere Volontarie* (popolarmente note in seguito con il nome di *Crocerossine*).

Il corso durava 5 mesi: i primi quattro di teoria, l'ultimo dedicato alle esercitazioni pratiche. Si chiedeva l'adesione alla C.R.I. e l'impegno a essere pronte in caso di guerra o di sciagure. Il corso, tenuto anche da Ufficiali Medici dell'Esercito, terminava con un esame abilitante, a domande a risposta multipla, antesignano quindi dei moderni esami universitari.

Allo scoppio della guerra purtroppo la *Croce Rossa* ebbe le sue difficoltà per poter mobilitare, così come stabilito, il personale infermieristico femminile. L'*Ispettorato di Sanità Militare* era allora diretto dal Generale Medico **Luigi Ferrero di Cavallerleone**, uomo dal carattere particolare, che si trovò spesso in contrasto con il Generale **Luigi Cadorna**, col Presidente del Consiglio **Antonio Salandra** e che mai vide di buon occhio l'intervento della Croce Rossa al fianco della Sanità Militare.



Impiego di lacci e tourniquet nel trattamento delle emorragie (Foto dal testo del dr. Calliano, "Soccorsi d'Urgenza", impiegato nelle scuole per infermiere della CRI. Collezione privata dell'autore)

Ma nel 1915 **Elena Orléans**, più nota con il nome di Principessa **Elena d'Aosta**, convinta interventista e moglie del Duca **Emanuele Filiberto di Savoia-Aosta**, fu nominata *Ispettrice Nazionale del Corpo delle Infermiere Volontarie*, con il grado di Generale (per questo motivo chiamata *generalissima*); la **Principessa Elena** riuscì a fondare nuovi ospedali e a incrementare notevolmente la partecipazione all'Associazione della Croce Rossa in seno alle Forze Armate e quindi al conflitto, nonché a promuovere nuove scuole per infermiere e a migliorare l'attività formativa di quelle già esistenti.

In zona di guerra le *Crocerossine* furono dislocate negli stabilimenti della Croce Rossa e in quelli delle Armate, andando a fornire personale agli ospedaletti da campo, agli ospedali di tappa e sulle ambulanze chirurgiche specializzate.

Le prime due infermiere inviate in zona di guerra furono **Lydia Tesio** e la Marchesa **Alberta Marazzani Visconti**, che entrarono in servizio all'ospedale di Palmanova il 27 maggio del 1915. Nel giro di pochi giorni le corsie dell'ospedale non furono più in grado di gestire il gran numero di feriti, tanto che i soldati vennero accolti nei locali della cattedrale e persino su paglericci sistemati sotto la loggia del mercato nella piazza del paese. La **Tesio** ricorda, nella sua Relazione sul servizio prestato in guerra che "*[...] si faceva di tutto, secondo il momento ed il maggior bisogno: sala*

d'operazione, medicazioni, assistenza agli infettati – colera, meningite cerebro spinale, tetano, cangrena gassosa, (non esistevano ancora o venivano a poco a poco formandosi i vari lazzaretti) alienati, eresipelatosi, tifo ecc. ecc. Tutto ci è passato fra le mani in una ridda straziante di orrore e di morte".

Le Crocerossine erano considerate a tutti gli effetti delle *Infermiere* e il loro ruolo fu ampiamente valorizzato dall'equiparazione al grado di ufficiale; cosa che al giorno d'oggi non accade, visto che gli Infermieri Laureati delle Forze Armate sono a priori dei sottufficiali. Le *Crocerossine* invece, superato l'esame di abilitazione erano nominate Sottotenente, anche se non veniva loro corrisposto alcun compenso economico.

Le *Infermiere Volontarie* non si limitavano ad assistere e a curare i pazienti, ma era loro premura fornire sostegno e incoraggiamento; in questo senso, bisogna ammetterlo, la distinzione tra *assistenzialismo* e *assistenza infermieristica* non era ancora stata ben delineata, né tantomeno formulata in chiave teorica. Bisognerà attendere ancora molti anni prima che alcune teoriche dell'assistenza infermieristica sapranno definire con chiarezza gli obiettivi specifici e le caratteristiche salienti della professione di *infermiere*[12].

Allo scoppio della guerra il Corpo della *Croce Rossa* disponeva di circa 4.000 *infermiere* che raddoppiarono nel corso del conflitto raggiungendo le 8.500 unità sotto la guida della **Duchessa d'Aosta**[13].

Le infermiere furono impiegate, oltre che nelle *Unità Sanitarie* presso l'immediata retro-linea del fronte, anche in quelle strutture ospedaliere sorte in vari luoghi del territorio italiano. Strutture spesso improvvisate in ville private, conventi, edifici pubblici, persino al Quirinale, e trasformate in ospedali di fortuna.

Alle *infermiere* (lo ricordiamo, non per forza appartenenti alla *Croce Rossa* o di estrazione religiosa) era demandata la funzionalità di queste strutture nelle quali, oltre alla cura dei feriti, dovevano occuparsi del guardaroba, della farmacia, delle cucine e di quant'altro necessitava. Insomma, un'assistenza globale rivolta a tutte le esigenze del ferito e del malato. Un'assistenza che non sempre era propriamente di tipo infermieristico ma che, in ogni caso, esprimeva una visione per così dire *olistica* della persona ferita o malata.

E se la guerra mieteva vittime su vittime al fronte, una terribile epidemia mise a dura prova anche le *infermiere* che lavoravano nelle retrovie: la *febbre spagnola*. Furono molte, al termine del conflitto, le *infermiere* e gli *Aiutanti di Sanità* decorati con medaglie al valor militare. Tra le *Infermiere* si può ricordare la Medaglia d'Argento al Valor Militare conferita alla **Duchessa d'Aosta**, instancabile promotrice e organizzatrice, che non mancò mai di portare il proprio incoraggiamento anche sotto i bombardamenti della linea del fronte.

Giovane soldato con ferite da Yprite (foto di pubblico dominio)

Come già detto la figura dell'infermiera concretizzava l'attivo impegno femminile in guerra, avvalendosi però troppo spesso dello stereotipo dell'*angelo consolatore*, donando alla tragica dimensione del conflitto una nota di indiscutibile grazia e di dolcezza, ma troppo spesso sconfinante in un generico *assistenzialismo*.

Molte lettere indirizzate dai soldati alle I*nfermiere* appaiono pervase da una deferente gratitudine che raramente si abbandona ad atteggiamenti di affettuosa confidenza. Per tale motivo si può affermare che il tema ricorrente dell'amore in guerra apparteneva forse più alla letteratura romanzesca che alla realtà del conflitto; basti pensare la capolavoro di **Ernest Hemingway** *Addio alle armi*, dove al centro del romanzo si esaltava la relazione tra un ufficiale e un'infermiera sul fronte italiano.

Ma questa è letteratura quindi, in parte, finzione.

Ciò che resta furono invece gli infiniti gesti, che oggi potremmo definire di natura anche infermieristica, che costellarono quegli anni di indicibili sofferenze. Un periodo della nostra storia che obbligò ogni persona a esprimere il meglio di sé, proprio per fronteggiare quel peggio che invece l'umana natura aveva messo in mostra nel mondo.

E anche da questi gesti si posero le basi per la nostra disciplina e per iniziare a far conoscere quanto la nostra professione fosse di fondamentale importanza per l'organizzazione sanitaria e, soprattutto, per tutti gli uomini e le donne di questo mondo.

---

[12] *Croce Rossa Italiana (1918). Guida per la preparazione del materiale da medicazione (ad uso delle infermiere volontarie). Tipografia del Senato: Roma*

[13] *Belogi R. (1990). Il Corpo Militare della Croce Rossa Italiana. Volume I. Bergamo*

*A cura di Jessica Piras**

L'infermiere legale forense in Italia
Fra realtà e futuro

La specializzazione dell'infermiere in ambito giuridico ha radici lontane sia dal punto di vista geografico che temporale;la figura dell'infermiere legale/ forense, infatti, nasce nel 1983 negli Stati Uniti, quando Faye Battiste Otto fondò l'American Forensic-Nurses (AFN).
Dalla definizione elaborata nel 1998 dall'International Association of Forensic Nursing, si desume che, in un periodo di tempo relativamente breve, questo professionista sia riuscitoad affermare le proprie competenze in diversi ambiti *"Forensic Nursing is the application of nursing science to public or legalproceeding; the application of the forensicaspect of health care combined with the bio-psychosocialeducationof the registered nurse in the scientificinvestigation and treatment of trauma and/or death of victims of abuse, violence, criminalactivity and trauma accidents".* Le competenze dell'infermiere legale/ forense sono quindi l'osservazione, la documentazione e la conservazione degli elementi di prova fondamentali nel determinare l'esito legale di crimini violenti. In U.S.A e Canada il percorso principale per ottenere la formazione in forensic nursing è caratterizzatoda corsi di formazione post base, il cui accesso è conseguente al superamento di una selezione. Al corso si formazione seguono tirocini cliniciin diversi ambiti (es.: laboratorio di Stato Forense Anti Crimine, ufficio medici legali, studio di avvocati, centro per l'assistenza alle vittime di violenza domestica e l'unità di psichiatria). Nel Regno Unito e in Scandinavia gli infermieri legali/ forensi hanno già condotto importanti ricerche inerenti laprevenzione e la gestione dei comportamenti violenti dei pazienti con disturbi di personalità
Il titolo di infermiere forense in Italia si acquisisce frequentando con merito un Master Universitario di I livello, organizzato seguendo le disposizioni del DM n°270 del 22 ottobre 2004.

Dal 2005sono molteplici gli Atenei che offrono corsi di questo tipo, sia con modalità "in presenza" che "online"; i costi di iscrizione variano dai 1200 ai 3500 €. A completamento delle lezioni teoriche è previsto un tirocinio di circa 150 ore presso una struttura sanitaria pubblica o privata convenzionata con il SSN. Il Master, di durata annuale, termina con la discussione di una tesi su un

** Piras Jessica Infermiera legale forense esperta in Management Sanitario,Gestionedei processi infermieristici nel soccorso sanitario in urgenza/ emergenza e Criminologia Investigativa*

argomento inerente al percorso di studi:

- *elementi di diritto* (civile, penale, amministrativo e del lavoro);
- *medicina forense* (medicina legale, elementi di tanatologia forense, antropologia forense e criminologia, psicologia e psicopatologia forense, ecc.);
- *infermieristica forense* (evoluzione giuridica della professione e della responsabilità professionale, consulenza tecnica, analisi di casistica giurisprudenziale in tema di responsabilità, violenza sessuale, ecc.);
- *deontologia e legislazione professionale* (etica, bioetica, deontologia, legislazione sanitaria, legislazione sulla privacy, ecc.);
- *responsabilità professionale* (risk management, ruolo del Servizio Infermieristico Aziendale, documentazione sanitaria, informazione e consenso, ecc.).

La professione infermieristica in questi ultimi anni ha compiuto numerosi passi avanti, consolidando la propria autonoma eresponsabilità. Per tale motivo lo specialista in ambito giuridico non può esimersi dal misurarsi con problematiche di tipo tecnico- assistenziali. Il professionistaitaliano rimane a tutti gli effetti un infermiere, che opera prettamente in ambito clinico, ma con ottica diversa:egli deve essere ingrado di esprimere una valutazione obiettiva dell'operato e della condotta di altri infermieri e/o operatori sanitari di supporto, stabilendo un eventuale nesso causale fra il danno del paziente e le procedure tecnico - assistenziali condotte con imprudenza, imperizia o inosservanza di leggi e regolamenti.

L'infermiere legale/forense potrebbe essere chiamatoa fornire un parere per fatti illeciti di natura:

- **penale,** per i fatti che costituiscono reato;
- **civile**, per i fatti che richiedono risarcimento danni;
- **disciplinare**, per i fatti che hanno portato ad una violazione di regole professionali (datore di lavoro);
- **ordinistico/disciplinare**, per i fatti che hanno portato ad una violazione di regole professionali(ordine di appartenenza).

L'Italia non possiede ancora le caratteristiche per essere considerato un Paese all'avanguardia nel campo dell'infermieristica forense, anche se recentemente gli infermieri specializzati stanno cominciando a farsi conoscere, offrendo pareri riguarda responsabilità professionale,competenze avanzate (comma 566,legge di Stabilità), orari di lavoro e demansionamento.
La natura sanitaria e giuridica della formazione degli infermieri forensi permette loro di lavorare in tutti quei luoghi nei quali queste discipline si fondono:

- dipartimenti di emergenza, dove vengono accolte le vittime di violenze ed abusi (anche di età pediatrica), che necessitano di percorsi dedicati e personalizzati considerata la particolarità delle implicazioni non solo sanitarie, ma anche psicologiche;
- centri antiviolenza;
- unità di risk management delle direzioni sanitarie;
- dipartimenti di salute mentale e i servizi per le dipendenze;
- istituti penitenziari;
- tribunali nel ruolo di CTU (Consulenti Tecnici d'Ufficio), Perito o di CTP (Consulente Tecnico di Parte);
- studi legali con il ruolo di esperti in ambito di responsabilità professionale;
- agenzie assicurative o sindacali.

Le potenzialità di questo professionista sono davvero tantissime, c'è da chiedersi se il nostro Paese sia pronto culturalmente ad accettare questa figura nella sua totalità. La sfida sarà di tutti quegli infermieri che hanno deciso o decideranno di intraprendere questa specialità

L'infermiere sulla scena del crimine

Altro aspetto interessante riguardante il lavoro dell'infermiere legale/forense è quello della formazione degli operatori, che si trovanoa collaborare, a vario titolo, con le forze dell'ordine con lo scopo di favorire la promozione tempestiva delle indagini necessarie. Gli operatori del 118 non possono gestire una scena del crimine e non hanno l'obbligo giuridico di conservare le tracce né tanto meno di effettuare rilievi. La mancanza di tale obbligo giuridico comporta che l'operatore non possa essere chiamato a rispondere in sede penale della mancata adozione delle misure necessarie per conservare la scena del reato; rimane però auspicabile che esso faccia il possibile per evitare di contaminarle.E' indispensabile evitare di alterare lo scenario e in qualità di first responder allertare le autorità giudiziaria e di polizia che procederanno alla rilevazione dei dati opportuni. Per i soccorritori che intervengono sulla scena del crimine esistono delle linee giuda indicanti la tipologia di presidi da utilizzare in caso di presunto o accertato evento causa di possibili indagini giudiziarie. La maggior parte di questi presidi fanno parte della dotazione standard per la protezione individuale. L'approccio alla scena deve, comunque essere condotto rispettando sempre le regole generali di sicurezza, per se stessi, per gli altri membri dell'equipe, per il soggetto che ha bisogno di aiuto e per la salvaguardia della scena del crimine (permettendo agli esperti i futuri accer-

tamenti del caso).Generalmente quando la Centrale Operativa 118 invia i mezzi di soccorso, si possono presentare 3 tipologie di scenario:

1. *evento sulla scena del in crimine ancora in atto:* l'accesso alla scena del crimine per il personale sanitario viene ritardato, dando precedenza alle operazioni di sicurezza pubblica;
2. *evento sulla scena del crimine terminato:* l'accesso della scena del crimine per il personale sanitario avviene subito per soccorrere eventuali superstiti adottando misure volte a diminuire l'alterazione dell'ambiente e delle tracce.
3. *evento su una scena che non viene riconosciuta come tale.*

Questa ultima tipologia di casi è quella che si presenta più frequentemente, perciò nella fase iniziale, quella dell'avvicinamento, è necessario ricercare gli indici di sospetto di un evento criminoso,ossia:

- agitazione psicofisica dei soggetti;
- presenza di armi da fuoco o da taglio;
- posizione della vittima non compatibile con la probabile causa di morte o lesione;
- possibili violenze sessuali e/o corpi nudi;
- eccessiva presenza di sangue, disordine e degrado;
- oggetti rotti o danneggiati.

Nessuno degli operatori è chiamato ad intervenire in condizioni di rischio per la propria incolumità, infatti l'art. 54 del c.p. recita: *"Non è punibile chi ha commesso il fatto per esservi stato costretto dalla necessità di salvare sè o altri dal pericolo attuale di un danno grave alla persona, pericolo da lui non volontariamente causato,nè altrimenti evitabile, sempre che il fatto sia proporzionato al pericolo".*

In alcune realtà sanitarie (es. 118 di Modena e Bologna) il protocollo d'intervento sulla scena del crimine, a tutela dei soccorritori, prevede una rigida divisione dei ruoli:

- l'*operatore di contatto,* sta davanti e porta con meno equipaggiamento possibile, prende diretto contatto con la vittima, esegue la valutazione e il trattamento, eventuale, del soggetto e svolge le principali funzioni sulla scena;
- l'*operatore di copertura,* l'ultimo operatore dell'equipe,osserva la scena per ricercare eventuali pericoli e riveste funzioni assistenziali limitate (es trasporto i presidi sanitari).

I punti cardine che dettano il comportamento di un infermiere possono essere cosi riassunti:

- agire in sicurezza;
- prestare soccorso sanitario agli eventuali feriti;
- cercare di inquinare il meno possibile la scena;
- osservare e descrivere quanto avvenuto e fatto sulla scena (se necessario anche con materiale fotografico e riprese video).

In alcuni casi è possibile che l'infermiere debba anche assumersi l'onere della segnalazione all'Autorità Giudiziaria[1], attività in precedenza ad appannaggio del medico.

CONCLUSIONI

Con lo sviluppo dell'autonomia, della responsabilità e della libertà decisionale nell'assistenza infermieristica risulta chiaro che all'infermiere legale/forense verrà sicuramente offerta la possibilità di dimostrare le proprie competenze, tramite una valutazione obiettiva dell'operato e della condotta di altri professionisti infermieri e operatori di supporto. L'assistenza infermieristica globale può essere di aiuto, in collaborazione con altri professionisti, per stabilirefatti penalmente perseguibili scaturiti da procedure e tecniche sviluppate con imprudenza, imperizia o inosservanza di leggi e regolamenti.

Una simile ampiezza di prospettivedella professione permette all'infermiere legale/forense di collaborare con professionisti di diverse discipline. La situazione italiana non è sicuramente paragonabile a quella di altri Stati, ma le nuove norme che hanno modificato il "concetto d'infermiere", permetteranno interessanti evoluzioni.

Bibliografia

1. *AA. VV., "La responsabilità professionale dell'infermiere e la sua tutela assicurativa." Maggioli Editore, 2014;*
2. *AA. VV.,"Manuale giuridico per l'esercizio nel nursing" McGraw Hill, 2004;*
3. *AA. VV.,"Profili giuridici e medico legali nelle responsabilità dell'infermiere", Minerva Medico Legale, 2002;*
4. *AA.VV, "Soccorso e scena del crimine-Problematiche e strategie operative.", Athena, 2013;*
5. *AA.VV., Vol. 2: "Malpractice medica, prerogative della persona, voci emergenti della responsabilità", Ceram, 2011;*
6. *BARBIERI G., PELLINI A., "Le responsabilità dell'infermiere-Dalla normativa alla pratica", Carocci Faber, 2013;*
7. *BENCI L., "Aspetti giuridici della professione infermieristica", Mc Graw Hill, settembre 2011;*
8. *SALVI C., "La responsabilità civile",Giuffrè, 2005;*
9. *PLLICANI; PIACENTINI, SILVESTRI, "Soccorso e scena del crimine: problematiche e strategie operative", Athena, 2013;*
10. *BRONDONI, GAROFANO, "Il soccorso sulla scena del crimine", Edizioni Giuridiche Simone, 2015.*

[1] *In tutte le situazioni in cui, nell'esercizio della professione sanitaria, il personale dipendente o convenzionato (Pubblico Ufficiale), venga a conoscenza di casi che possono presentare icaratteri di un reato perseguibile d'ufficio, diviene un obbligo effettuare la segnalazione all'Autorità Giudiziaria (art.331 c.p.p.)*

A cura di Donatella Pontiggia, Alessandra Dugo*, Laura Rigamonti**
e con la collaborazione di Vezzoni Sara e Introzzi Valentina

P.U.C.A PERCORSO UNIVERSITARIO PER L'APPRENDIMENTO CLINICO ASSISTENZIALE

Introduzione
Il Corso di Laurea in Infermieristica offre una preparazione generale per svolgere attività di assistenza e cura, promozione, prevenzione riabilitazione e salvaguardia della salute individuale e collettiva.
Il percorso formativo permette di comprendere i processi fisiologici e patologici del corpo umano, di pianificare l'assistenza infermieristica e instaurare una relazione terapeutica con persone di tutte le età e con problemi di salute di crescente complessità.
Per acquisire le competenze di natura relazionale, educativa e tecnica tipiche dell'assistenza infermieristica, sono previste attività di simulazione e esercitazione sia in aula che in situazioni reali. Proprio per acquisire le capacità tecnico-relazionali e deontologiche riveste una particolare importanza il tirocinio clinico.
Il Consiglio dell'Unione Europea (raccomandazione n. 2014/C 88/01 del 2014) ha definito un quadro di riferimento per assicurare la qualità dei tirocini.
Per un tirocinio professionalizzante di qualità fondamentale sono il contesto e lo staffing in cui lo studente si troverà a fare esperienza clinico-assistenziale.
Inoltre, la cura e l'assistenza dei pazienti all'interno delle diverse unità organizzative (U.O.) rappresentano un momento cruciale anche per acquisire competenze di applicazione dei principi del Problem Based Learning e del processo di assistenza infermieristica.
Tanner (2006) afferma che la formazione clinica risulta immobile da 40 anni mentre la sanità sta velocemente cambiando.
Risulta, quindi, urgente pensare di rivoluzionare la metodologia di formazione degli studenti infermieri durante il tirocinio clinico assistenziale.
Diventa sempre più difficile riuscire a trovare contesti di apprendimento ottimale in quanto la carenza periodica di personale e situazioni organizzative sempre più complesse non sempre sono in grado di favorire l'inserimento e l'apprendimento dello studente.
Da qui ha origine l'idea di creare un Percorso Universitario per l'apprendimento Clinico Assistenziale (P.U.C.A.) sperimentato nell'estate dell'anno accademico 2016/2017 presso l'U.O. di medicina dell'Ospedale Sant'Antonio Abate di Cantù, che prende spunto dal modello delle Dedicated Education Units (DEU).
Le Unità dedicate all'apprendimento clinico sono uno dei possibili modelli di organizzazione del tirocinio clinico assistenziale, capaci di garantire un ambiente di apprendimento e di qualità.
Tuttavia è necessario valutare le reali implicazioni che la loro applicazione può avere nel nostro contesto, sia sulla reale possibilità di acquisire competenze aggiornate, sia in termini di sostenibilità/fattibilità.
La formazione interprofessionale è divenuta uno degli obiettivi principali di molte politiche di governance.
L'apprendimento in tirocinio avviene attraverso la sperimentazione pratica e l'integrazione delle conoscenze teoriche apprese al fine di sviluppare competenze, abilità e identità professionale.
Tutto questo avviene sotto la guida del tutor del Corso di Laurea in Infermieristica e degli assistenti di tirocinio di unità organizzativa (ATUO), deputati alla formazione clinico assistenziale all'interno delle diverse sedi di tirocinio.
L'ATUO, figura riconosciuta in Regione Lombardia dal Protocollo d'intesa tra regione e Università (D.g.r n.7/20950 del 2005) è l'infermiere di U.O. che aiuta lo studente a sviluppare capacità di ragionamento critico per l'autoapprendimento, partendo dalle situazioni assistenziali specifiche dell' U.O. in cui svolge il tirocinio.
Il ruolo e le funzioni del tutor prevedono l'accompagnamento dello studente nell'ambito del tirocinio in quanto facilitatore per l'acquisizione di competenze in ambito professionale.
Il tutor all'interno dell'Unità dedicata si impegna a promuovere adeguate condizioni di apprendimento in collaborazione con il Direttore e Coordinatore di U.O. e tutto il personale sanitario presente; il contesto e il modello organizzativo sperimentato ha favorito il raggiungimento degli obiettivi formativi e lo studente ha acquisito gradualmente competenza e chiara identità professionale.

SCOPO
Sperimentare un percorso universitario per l'apprendimento clinico assistenziale in grado di offrire allo studente l'opportunità di:
- sviluppare competenze per rispondere ai bisogni di assistenza infermieristica relativamente agli obiettivi di anno
- sperimentare l'attuazione del piano di assistenza infermieristica, l'applicazione delle conoscenze apprese e gli strumenti di lavoro necessari alla continuità assistenziale
- acquisire identità professionale attraverso il confronto costante con l'equipe multidisciplinare
- apprendere le strategie di comunicazione efficaci all'interno di un gruppo di lavoro
- confrontarsi quotidianamente con la responsabilità, trasparenza, coinvolgimento e partecipazione attraverso l'etica e il valore del lavoro

METODI E STRUMENTI
Il progetto ha avuto una durata di tre mesi, nel periodo estivo dal 19 giugno 2017 al 13 settembre 2017, dal lunedì al venerdì.
Ha coinvolto 54 studenti di tutti e tre gli anni di corso, suddivisi in tre periodi, 18/19 studenti per periodo, ogni periodo era composto da 20 giornate.
A garanzia dell'apprendimento da parte degli studenti e della sicurezza della persona assistita è stata prevista la presenza del tutor dalle h 7 alle h 20. Durante la prima settimana di tirocinio, per gestire la numerosità degli studenti del 1° anno di corso alla loro prima esperienza di tirocinio erano presenti tre tutor, due al mattino e uno al pomeriggio.

Metodologia di sviluppo della sperimentazione
La sperimentazione del progetto ha seguito diverse fasi, allo scopo di informare e coinvolgere la direzione aziendale, l'università e l'equipe multidisciplinare nell'unità organizzativa coinvolta, nello specifico: per la direzione aziendale il Direttore sanitario Aziendale Dott. Banfi Fabio, il Direttore Sanitario di presidio Dott.ssa Patrizia Figini e il Direttore della DAPSS Dott.ssa Anna Michetti. Per l'aspetto universitario il Direttore della Scuola di Medicina e Presidente del Corso di laurea per Infermieri Prof. Giulio Carcano; mentre per l'U.O. di Medicina Generale il Direttore dell'U.O. Dott. Limido Eugenio, il Coordinatore Mariantonia Frigerio, gli infermieri, i medici e il personale OSS.

Modello organizzativo proposto e attuato
Il Team nursing o piccole equipe è un modello che si basa sull'infermiere qualificato ed esperto come guida di un'equipe composta da altri colleghi e operatori di supporto. I membri dell'equipe assistono gruppi di pazienti sotto la guida del collega esperto che è il capo equipe. L'assegnazione è dei pazienti e non per compiti.
Il team leader (capo equipe) ela-

Responsabile scientifico progetto sperimentale: Donatella Pontiggia
Tutor responsabili attuazione progetto: Alessandra Dugo, Laura Rigamonti
Tutor coinvolti nell'attuazione: Sara Vezzoni, Valentina Introzzi.

**Sperimentazione di una unità dedicata presso l'Ospedale S. Antonio Abate di Cantu' "area azzurra" U.O.(unità operativa) di Medicina Generale.*

bora piani di assistenza, coordina il gruppo e lavora con il team sulla persona assistita.
Tale modello è stato funzionale al nostro progetto: infatti con la collaborazione di più studenti, allo scopo del prendersi cura di 12 persone assistite, è stato possibile, nell'area dedicata, costituire n.2 equipe.

Ogni team è stato composto da:
- 1 studente del 3° anno
- 1 studente del 2° anno
- 3 studenti del 1° anno

Al team sono stati assegnati n.6 pazienti suddivisi in tre camere di degenza.
Il tutor ha sostenuto lo studente del 3° anno nella direzione del team.
L'infermiere ATUO, responsabile del turno, ha collaborato attivamente con i tutor nella supervisione dell'attività di tirocinio degli studenti ma, soprattutto, nell'assistenza alle persone assistite.
Al termine della sperimentazione del PUCA sono stati somministrati dei questionari ai professionisti infermieri, alle persone assistite e a tutti gli studenti che hanno effettuato il tirocinio sia al PUCA che presso altra sede.

Report dati dei questionari somministrati agli studenti del 1°anno di corso 1° tirocinio "puca" e altra sede
Come prima esperienza 13 studenti del 1° anno di corso hanno partecipato al progetto PUCA di tirocinio e 35 studenti hanno svolto il loro primo tirocinio presso un'altra sede.
Alla conclusione dell'esperienza di tirocinio hanno compilato attivamente un questionario di gradimento composto da 13 item con la possibilità di rispondere utilizzando la scala di valutazione Likert con punteggio da 1 a 4; un minimo di punteggio 1 corrispondente alla voce **"decisamente no"** fino al massimo punteggio 4 che corrisponde alla voce **"decisamente sì".**
Abbiamo confrontato i due gruppi di studenti e per entrambe le esperienze nessuno studente ha dato una valutazione completamente negativa "decisamente no" per tutti gli item previsti dal questionario di gradimento.
Dalla tabella emerge che entrambi i gruppi hanno vissuto positivamente l'esperienza di tirocinio ma per gli studenti che hanno partecipato al progetto PUCA la positività è ancora più evidente.

Infatti:
- per tutti gli studenti che hanno partecipato al progetto PUCA e per circa l'80% degli altri si ritiene che il tutor/ATUO abbia contribuito a creare un ambiente favorente l'apprendimento clinico assistenziale in modo più che positivo
- circa il 99% degli studenti PUCA e per il 77% degli altri studenti ha ritenuto il tempo per briefing e debriefing adeguato
- per tutti gli studenti PUCA e tra il 77% e l'82% degli altri, il tempo dedicato all'attuazione delle procedure infermieristiche è stato adeguato consentendo così un aumento delle abilità tecnico relazionali
- per il 92% degli studenti PUCA e per oltre il 77% degli altri, è emerso che i tutor/ATUO hanno sostenuto e responsabilizzato lo studente nella pianificazione assistenziale in maniera personalizzata consentendo loro di sviluppare la capacità critica e l'autonomia di giudizio professionale
- tutti gli studenti PUCA e tra il 71% e l'80% degli altri ritengono di essere stati sollecitati alla riflessione e al confronto nella personalizzazione dell'assistenza e sottolineano come l'equipe multiprofessionale abbia trasmesso loro interesse e motivazione
- circa il 92% degli studenti PUCA e circa l'80% degli altri sono stati indirizzati verso situazioni assistenziali di complessità adeguata alle competenze del proprio anno di corso ritenendosi così soddisfatti delle prestazioni affidate loro in funzione degli obiettivi di anno

Per i soli partecipanti al progetto PUCA è stato somministrato un altro item che ha fatto emergere per il 70% di loro come il confronto con gli studenti dei diversi anni di corso sia stato utile ed incoraggiante per la scelta professionale.

Report dati dei questionari somministrati agli studenti del 1°anno di corso 2° tirocinio "puca" e altra sede
Come seconda esperienza di tirocinio 15 studenti del 1° anno di corso hanno partecipato al progetto PUCA e 39 studenti lo hanno svolto presso un'altra sede.
Alla conclusione dell'esperienza di tirocinio hanno compilato lo stesso questionario di gradimento.
Tutti gli studenti PUCA hanno risposto in modo positivo agli item proposti che indicano "decisamente sì" e "più sì che no" per oltre l'86%, mentre gli altri studenti che hanno effettuato il tirocinio presso altra sede hanno risposto in modo positivo agli stessi item per circa il 65%.
- per tutti gli studenti che hanno partecipato al progetto PUCA e per circa il 72% degli altri si ritiene che il tutor/ATUO abbia contribuito a creare un ambiente favorente l'apprendimento clinico assistenziale in modo più che positivo
- per tutti gli studenti PUCA e per circa il 67% degli altri studenti ha ritenuto il tempo per briefing e debriefing adeguato
- per tutti gli studenti PUCA e circa il 68% degli altri, il tempo dedicato all'attuazione delle procedure infermieristiche è stato adeguato consentendo così un aumento delle abilità tecnico relazionali
- per tutti gli studenti PUCA e per circa il 72% degli altri, è emerso che i tutor/ATUO hanno sostenuto e responsabilizzato lo studente nella pianificazione assistenziale in maniera personalizzata consentendo loro di sviluppare la capacità critica e l'autonomia di giudizio professionale
- tutti gli studenti PUCA e 65% degli altri ritengono di essere stati sollecitati alla riflessione e al confronto nella personalizzazione dell'assistenza e sottolineano come l'equipe multiprofessionale abbia trasmesso loro interesse e motivazione
- tutti gli studenti PUCA e circa oltre il 65% degli altri sono stati indirizzati verso situazioni assistenziali di complessità adeguata alle competenze del proprio anno di corso ritenendosi così soddisfatti delle prestazioni affidate loro in funzione degli obiettivi di anno

Per i soli partecipanti al progetto PUCA è stato somministrato un altro item che ha fatto emergere per oltre il 73% di loro come il confronto con gli studenti dei diversi anni di corso sia stato utile ed incoraggiante per la scelta professionale

Report dati dei questionari somministrati agli studenti del 2° e 3° anno di corso che hanno partecipato al PUCA
12 studenti del 2° anno e 12 studenti del 3° anno di corso hanno partecipato a due esperienze di tirocinio, una al PUCA e una presso altra sede.
Alla conclusione dell'esperienza di tirocinio hanno compilato attivamente un questionario di gradimento composto da 6 item con la possibilità di rispondere utilizzando la scala di valutazione Likert con punteggio da 1 a 4; un minimo di punteggio 1 corrispondente alla voce **"decisamente no"** fino al massimo punteggio 4 che corrisponde alla voce **"decisamente si".**
Abbiamo confrontato 24 studenti nelle loro due esperienze di tirocinio, quindi su un totale di 48 schede rispettivamente per l'esperienza svolta nel progetto PUCA non si sono rilevati missing differentemente dall'esperienza svolta in altra sede ove sono stati rilevati 2 missing.
Dalla tabella emerge che per circa il 92% degli studenti è stato fondamentale per l'acquisizione di competenze e la pianificazione assistenziale aver partecipato al progetto PUCA; di contro l'esperienza svolta in altra sede ha evidenziato un gradimento del 62%.
Si può sottolineare che per circa l'85% degli studenti sia stato fondamentale la partecipazione al progetto PUCA per il raggiungimento degli obiettivi inerenti il proprio anno di corso e la sollecitazione alla riflessione e al confronto all'interno dell'èquipe; di contro l'esperienza svolta in altra sede ha evidenziato un range tra il 50% e il 58% di gradimento rispetto a questi item.
Si evidenzia come l'80% degli studenti abbia vissuto appieno la responsabilizzazione all'interno dell'èquipe nel progetto PUCA rispetto a un 62% percepito in altra sede.
L'ambiente favorente l'apprendimento è stato percepito dagli studenti in modo decisamente positivo; per il PUCA oltre l'83% e il 70% in altra sede.

Report dati dei questionari somministrati agli infermieri partecipanti al progetto "PUCA"
Tra i 13 infermieri che hanno partecipato al progetto PUCA, 10 sono ATUO e 1 è il coordinatore; al termine del periodo di tirocinio degli studenti hanno compilato un questionario di gradimento composto da 6 item con la possibilità di rispondere utilizzando la scala di valutazione Likert con punteggio da 1 a 4; un minimo di punteggio 1 corrispondente alla voce **"decisamente no"** fino al massimo punteggio 4 che corrisponde alla voce **"decisamente si"**.

Su un totale di 13 infermieri i missing sono stati 3.
Dalla tabella emerge che:
- per quanto riguarda l'integrazione del mondo universitario con l'unità organizzativa oltre

il 60% ha risposto in modo positivo
- per il raggiungimento graduale degli obiettivi di anno di corso degli studenti, oltre il 50% dei professionisti infermieri ha considerato favorente il progetto PUCA
- per quanto riguarda l'organizzazione in piccole èquipe emerge la soddisfazione dei professionisti per circa l'80%
- per la gratificazione professionale la percezione dei colleghi risulta positiva per circa il 70%; solo il 15% ritiene di non essere stato sufficientemente informato e coinvolto nel progetto

Report dati del questionario "Customer satisfaction"
Sono stati inoltre elaborati i dati del questionario customer satisfaction che viene sottoposto a tutti i degenti dell'U.O. di medicina.
Il questionario prende in considerazione aspetti che vanno dall'accoglienza, alla struttura e al servizio alberghiero.
Nel questionario viene utilizzata una scala di gradimento con punteggio da 1 a 7.

Il punteggio 1 indica **"per nulla soddisfatto"** il 7 equivale a **"molto soddisfatto"**.
Abbiamo considerato solo **sei** item dei 12 proposti, ovvero quelli che vanno a sondare gli aspetti dell'assistenza infermieristica.
Le persone che sono state ricoverate presso l'area dedicata nel periodo del PUCA sono 91, di cui 12 non hanno compilato il questionario perché ancora ricoverate al termine del progetto, mentre 79 sono le persone assistite reclutate.
Di queste, alcune sono state dimesse o trasferite durante il weekend, ed altre sono decedute. Pertanto i questionari di gradimento compilati e risultati ammissibili sono 38, pari al 48,1% dei ricoveri nell'area.

Di questi 38, il 50% erano degenti uomini e il rimanente 50% donne.
Dalle osservazioni riportate sui questionari delle persone assistite emergono alcuni elementi rilevanti, quali:
- necessità di migliorare, in futuro, il servizio di assistenza infermieristica nei giorni festivi
- espressione di piena soddisfazione per il tirocinio svolto dagli studenti infermieri
- gli studenti hanno dimostrato nell'esperienza clinica una singolare disponibilità nel prendere in carico i bisogni della persona in termini di gentilezza e personalizzazione degli interventi assistenziali

Conclusioni
La sperimentazione "PUCA" aveva lo scopo di garantire un tirocinio di qualità promuovendo le migliori pratiche per far acquisire un'esperienza clinico assistenziale e appropriate competenze per rispondere ai bisogni di assistenza infermieristica, sperimentando l'applicazione del processo di assistenza infermieristica con l'utilizzo degli strumenti in dotazione, al fine di acquisire una chiara identità professionale, prendendo consapevolezza della responsabilità professionale e apprendendo strategie di comunicazione efficaci sia con la persona assistita che all'interno dell'equipe.
Dai dati analizzati si può affermare che gli obiettivi sono stati pienamente raggiunti.
Infatti gli studenti hanno percepito un clima accogliente che promuove l'apprendimento e consente tempo e spazio per la riflessione; hanno sviluppato un'identità di gruppo professionale e hanno imparato a riconoscere e implementare le responsabilità legate al ruolo professionale. Gli studenti che hanno partecipato alla sperimentazione, inoltre, hanno espresso soddisfazione ed entusiasmo sentendosi supportati e coinvolti nell'equipe multidisciplinare, in particolare, gli studenti del 1° anno di corso hanno ritenuto utile il confronto con studenti di diversi anni per la loro scelta professionale.
La presenza del tutor è stata determinante per creare un ambiente favorente al raggiungimento degli obiettivi clinico pedagogici dei rispettivi anni di corso e la figura del tutor è stata vissuta come un valido aiuto per il proprio percorso di apprendimento.
Gli infermieri hanno valutato positivamente l'integrazione tra università e U.O. esprimendo soddisfazione per il modello organizzativo adottato, mentre le persone assistite sono state pienamente soddisfatte per l'assistenza infermieristica ricevuta riconoscendo negli studenti un punto di riferimento.
La riorganizzazione e la razionalizzazione delle risorse e il contenimento dei costi nell'assistenza sanitaria mettono a dura prova la sostenibilità della formazione pratica degli studenti infermieri: in quest'ottica è nato il progetto PUCA dove l'èquipe di reparto, in collaborazione con i tutor del Corso di Laurea, hanno integrato l'assistenza infermieristica e la formazione per gli studenti.
Il progetto sperimentale, si è concluso con massima soddisfazione da parte dei tutor e di ogni protagonista, e ha sollecitato il gruppo professionale dedicato alla formazione a porsi un interrogativo e cioè: come unire l'organizzazione assistenziale sperimentata a quella attualmente presente nelle nostre realtà?
Imparare senza pensare è fatica perduta; pensare senza imparare è pericoloso.

(Confucio)

Non abbiamo risposte ma siamo ben consapevoli che il cambiamento è possibile se fondato sulle conoscenze e se supportato da un forte coinvolgimento di tutta l'equipe multidisciplinare.

Bibliografia

- *Calamandrei C., Orlandi C. (2009) La dirigenza infermieristica. Manuale per la formazione dell'infermiere con funzioni manageriali. Terza edizione. Milano: McGraw-Hill.*
- *Decreto della giunta regionale n.7/20950 Protocollo d'Intesa tra regione Lombardia e le università ubicate in regione Lombardia per la stipula di convenzioni relative ai corsi di laurea delle professioni sanitarie (2005)*
- *Decreto del Ministro dell'Università e della Ricerca scientifica e Tecnologica n.509 del 3 novembre 1999 Regolamento recante norme concernenti l'autonomia didattica degli atenei*
- *Decreto del Ministro dell'Università e della Ricerca scientifica e Tecnologica del 2 aprile 2001 Determinazione delle classi delle lauree universitarie delle professioni sanitarie*
- *Fain J. (2004) La ricerca infermieristica. Leggerla, comprenderla e applicarla. Milano: McGraw-Hill.*
- *IPASVI Collegio di Arezzo (2014). E-Tutor per l'infermiere: un nuovo modo per apprendere [on line]. Disponibile da: https://ipasviarezzo.wordpress.com/2014/02/10/e-tutor-per-linfermiere-un-nuovo-modo-per-apprendere/ [consultato il 15 settembre 2017]*
- *Mintzberg H. (1996) La progettazione dell'organizzazione aziendale. Seconda Edizione. Imola: Grafiche Galeati.*
- *MIUR (2001). Determinazione delle classi delle lauree universitarie delle professioni sanitarie [on line]. Disponibile da: http://attiministeriali.miur.it/anno-2001/aprile/di-02042001.aspx [consultato il 13 settembre 2017]*
- *NURSE24.IT (2016). Tutorship: 24 nomi differenti bastano a valorizzare i Tutor Infermieristici? [on line]. Disponibile da: https://www.nurse24.it/studenti/24-nomi-toutor-studenti-infermieri.html [consultato il 15 settembre 2017]*
- *NURSE24.IT (2015). Modello per compiti vale a dire: giri, giri e solo giri [on line]. Disponibile da: https://www.nurse24.it/infermiere/modello-per-compiti-vale-a-dire-giri-giri-e-solo-giri [consultato il 30.08.2018]*
- *Raccomandazione del Consiglio n. 2014/C 88/01 Quadro di qualità per i tirocini Gazzetta ufficiale dell'Unione europea (2014)*
- *Randon G., Bortolami E., Grosso S. (2017). Back to units for nursing students' education? The Dedicated Education Units (DEU). Assistenza infermieristica e ricerca [on line]. Disponibile da: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28398389 [consultato il 18 dicembre 2017]*
- *Sironi C. (2010) Introduzione alla ricerca infermieristica. I fondamenti teorici e gli elementi di base per comprenderla nella realtà italiana. Milano: Casa Editrice Ambrosiana.*
- *SVIAT.(2017) Misurare la qualità degli ambienti di apprendimento clinico per gli studenti dei corsi di laurea in infermieristica. Assistenza infermieristica e ricerca, 36: 5-6.*
- *Regolamento Didattico Descrizione del percorso di formazione del corso di laurea in infermieristica [online]. Disponibile da:https://www.uninsubria.it/offertaformativa/infermieristica-abilitante-alla-professione-sanitaria-di-infermiere [consultato il 10.09.2018]*
- *Scheda unica annuale SUA Informazioni generali sul corso di studi*
- *[online]. Disponibile da:Informazioni generali sul Corso di Stud https://www.uninsubria.it/offertaformativa/infermieristica-abilitante-alla-professione-sanitaria-di-infermiere [consultato il 10.09.2018]*
- *Sisto L.,Fiorella L., Rossella P. (1992) L'assistenza infermieristica per piccole équipes. Principi teorici ed esperienze applicative. vol.II: Esperienze applicative in Italia. Milano: Franco Angeli*

A cura di Manuela Soncin e Rosalia De Marco

Aggressioni agli operatori sanitari
Studio Multicentrico Nazionale in collaborazione con l'Università degli Studi di Roma La Sapienza

Gli operatori sanitari, quali infermieri e medici, sono la categoria professionale più esposta al fenomeno delle aggressioni da parte degli utenti. Spesso gli operatori diventano la valvola di sfogo per le inefficienze e i ritardi che appartengono al sistema e per questo rischiano di non poter svolgere con serenità il proprio lavoro soprattutto quando prestano servizio nei Dipartimenti di Emergenza e di Salute Mentale.

Il 13 settembre si quest'anno si è celebrata la "Giornata nazionale contro la violenza sugli operatori sanitari", organizzata dalla Federazione nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri (Fnomceo), alla quale hanno aderito anche gli Ordini delle Professioni Infermieristiche. La data è in ricordo del medico, Paola Labriola, la quale veniva barbaramente assassinata da un suo paziente, mentre lo visitava il 4 settembre 2013. Anche le istituzioni sono state chiamate in causa per dare delle risposte concrete al fenomeno che sta sempre di più assumendo un importante problema di salute pubblica nel mondo. Ad agosto è stato presentato il disegno di Legge di iniziativa governativa, dai Ministri Grillo e Bonafede e approvato dal Consiglio dei Ministri, auspichiamo che in tempi rapidi si arrivi ad avere una legge efficace per arginare quella che sta diventando una vera emergenza di sanità pubblica.

Prevenire gli atti di violenza contro gli operatori sanitari diviene quindi uno degli obiettivi principali al fine di favorire l'eliminazione o riduzione delle condizioni di rischio presenti e consentire l'acquisizione di competenze da parte degli operatori nel valutare e gestire tali eventi quando accadono.

L'effetto delle violenze fisiche e/o verbali si ripercuote non solo sulle vittime, ma anche sui testimoni e persino su chi si senta in essa coinvolto come membro di un gruppo al cui interno ci siano state delle aggressioni. Si genera di conseguenza un clima di sfiducia, di ostilità e di paura, e vengono meno le basi del lavoro di gruppo e della condivisione degli obiettivi, ripercuotendosi sull' operato dei singoli e sulla qualità delle cure prestate dal gruppo (Brunetti and Bambi, 2013).

Queste ragioni ci hanno portato a pensare che come esponenti del Consiglio Direttivo OPI Como, non potevamo non essere sensibili all'argomento aggressioni e quindi sentirci responsabili anche rispetto alle soluzioni da adottare per riuscire a migliorare le condizioni di lavoro dei nostri iscritti.

Lo studio del fenomeno relativo alle aggressioni contro gli infermieri sul nostro territorio non può prescindere dalla raccolta dei dati attraverso la somministrazione di un questionario agli iscritti all'OPI Como con l'obiettivo di individuare la percezione del disagio lavorativo.

Lo strumento utilizzato per tale indagine è il Questionario "la violenza sul posto di lavoro nel settore sanitario", realizzato dalla OMS, tradotto e rivisitato in Italiano (La Torre et. al. 2017), con il quale sarà possibile misurare l'impatto emotivo e il disagio lavorativo riscontrato a seguito di un evento di violenza subito sul posto di lavoro.

Chiediamo la vostra collaborazione per la compilazione del questionario realizzato dall'OMS, che permetterà una mappatura del fenomeno della violenza subita dagli infermieri sul luogo di lavoro nel territorio comasco. Il vostro contributo sarà molto utile per la partecipazione attiva alla ricerca nazionale per l'individuazione e percezione del disagio lavorativo nel settore sanitario.

Per rispondere al questionario basta andare sul link di seguito riportato:
https://urly.it/369h

Commissione immagine

A cura di Paola Pozzi

La Commissione Immagine dell'Ordine delle Professioni Infermieristiche si è preposta per il triennio i seguenti obiettivi:

- Essere il punto di riferimento riconosciuto dai professionisti e dai cittadini per favorire la domanda di offerta di professionalità e di assistenza infermieristica.
- Attivare iniziative formative su tematiche significative per la collettività professionale.
- Collaborare con le istituzioni e le rappresentanze dei cittadini per valorizzare la professione infermieristica.

Promuovere e sostenere il confronto tra le varie professioni sanitarie (infermieri clinici, specialisti, coordinatori, ...).

Di seguito, gli obiettivi programmatici esposti durante l'Assemblea degli iscritti per il 2018 e report attività svolta:

OBIETTIVI PROGRAMMATICI 2018	ATTIVITA' REALIZZATE
SITO WEB E GESTIONE SOCIAL NETWORK	
• Garantire un'informazione puntuale, rapida e il più possibile completa a tutti gli iscritti attraverso la ideazione, realizzazione ed aggiornamento di un nuovo sito internet.	• Revisione ed aggiornamento pagina web: l'impaginazione richiama i colori della FNOPI, le news hanno no scorrimento più rapido, sono state create nuove sezioni, con più immagini ed è fruibile attraverso tutti i dispositivi
• Formare i consiglieri all'utilizzo dei social network per consentirne uso appropriato, ma anche di promozione della figura dell'infermiere	• Effettuato corso personalizzato per aumentare consapevolezza del mondo digitale, formazione su come, quando e perché usare i social network nella nostra attività
• Coinvolgere consulta neolaureati ed i colleghi infermieri ad ogni livello al fine di stimolare una collaborazione attiva per mantenere vivo e patrimonio di tutti lo strumento web.	• I neolaureati gestiscono i social dell'OPI Como con programmazione di news. Aumento notevole dei visitatori delle pagine, anche da parte dei non professionisti
UFFICIO STAMPA	
• Curare i rapporti con gli organi di stampa e favorire i rapporti con le associazioni professionali ed altre associazioni per mantenere i contatti con i mass-media del territorio, al fine di favorire la visibilità degli Infermieri	• Pubblicazione articoli ed interviste al Presidente dell'Ordine sul quotidiano "La Provincia"
• monitorare e divulgare gli argomenti che riguardano la professione attraverso la rassegna stampa e la recensione degli articoli del Collegio	• Rassegna stampa sulla pagina web dell'Ordine
• Coinvolgere i cittadini in attività finalizzate al giusto riconoscimento so-ciale della professione	• In programma per il 2019
RAPPORTI CON IL CITTADINO	
• avvicinare infermieri e cittadini e migliorare la conoscenza reciproca, fornire indicazioni, formazione e informazione sanitaria utili nella vita quotidiana dei cittadini. Promossi incontri calendarizzati con l'Ordine dei Medici	• Pubblicizzati gli incontri con Ordine dei Medici. Partecipazione attiva a d alcuni incontri con offerta di indicazioni e consulenze
• partecipare alla manifestazione Young 2018	• Partecipazione alla manifestazione Young 2018
AGORÀ	
• rinnovare, curare, ottimizzare il notiziario	• Nuova veste, digitale e grafica
• promuovere momenti di incontro sui posti di lavoro distribuendo il notiziario ed incontrando i colleghi: progetto " momenti di incontro con gli iscritti sui posti di lavoro ", per creare un dia-logo attraverso il quale gli infermieri possano esprimersi non solo riguardo le problematiche lavorative ma aprirsi al confronto professionale tramite scambi di esperienze, proposte di nuovi modelli organizzativi o presentare progetti a beneficio della professione e dei cittadini.	• Distribuzione presso buona parte delle strutture sanitarie e residenziali della provincia di Como, con promozione dei corsi OPI
• Contiamo sulla collaborazione di tutti al fine di poter creare un notiziario che soddisfi le vostre esigenze. Vi invitiamo a partecipare attivamente con l'attività della redazione inviando vostri scritti, recensioni di libri e segnalando notizie interessanti e particolari.	• Mancate segnalazioni
GIORNATA INTERNAZIONALE INFERMIERE 12 MAGGIO 2018	
• evento formativo aperto a Infermieri e Studenti Infermieri presso Biblioteca di Como con presenza Prof:ssa Marisa Cantarelli	• successo dell'evento con articolo dedicato
3 MARZO 2018 IL SANTO PADRE INCONTRA GLI INFERMIERI	
	• successo dell'evento con articolo dedicato nel numero precedente

Commissione immagine

A seguire, bozza degli eventi già decisi, da perfezionare.

OBIETTIVI PROGRAMMATICI 2019

Sito Web e gestione social network

- Garantire un'informazione puntuale, rapida e il più possibile completa a tutti gli iscritti
- Coinvolgere consulta neolaureati ed i colleghi infermieri ad ogni livello al fine di stimolare una collaborazione attiva per mantenere vivo e patrimonio di tutti lo strumento web.

UFFICIO STAMPA

- Curare i rapporti con gli organi di stampa e favorire i rapporti con le associazioni professionali ed altre associazioni per mantenere i contatti con i mass-media del territorio, al fine di favorire la visibilità degli Infermieri
- monitorare e divulgare gli argomenti che riguardano la professione attraverso la rassegna stampa e la recensione degli articoli del Collegio

RAPPORTI CON IL CITTADINO

- avvicinare infermieri e cittadini e migliorare la conoscenza reciproca, fornire indicazioni, formazione e informazione sanitaria utili nella vita quotidiana dei cittadini; programmazione incontri di educazione sanitaria con la popolazione
- partecipare alla manifestazione Young 2019

AGORÀ

- rinnovare, curare, ottimizzare il notiziario
- promuovere momenti di incontro sui posti di lavoro distribuendo il notiziario ed incontrando i colleghi: progetto "momenti di incontro con gli iscritti sui posti di lavoro", per creare un dialogo attraverso il quale gli infermieri possano esprimersi non solo riguardo le problematiche lavorative ma aprirsi al confronto professionale tramite scambi di esperienze, proposte di nuovi modelli organizzativi o presentare progetti a beneficio della professione e dei cittadini.

GIORNATA INTERNAZIONALE INFERMIERE 11MAGGIO 2019

- evento formativo aperto a Infermieri e Studenti Infermieri

CONSULTA INFERMIERI NEOLAUREATI

- collaborazione attiva con i giovani della consulta neolaureati, che continuano con l'aggiornamento dei social network dell'Ordine
- partecipazione al progetto "FNOPI giovani", della Federazione, laboratorio permanente per fare da collettore, interprete e supporto delle peculiarità del mondo professionale infermieristico più giovane con un approccio sia interno alla dimensione ordinistica che esterno verso il mondo lavorativo.Sono state realizzate due survey che permetteranno anche di creare una "rete": Una aperta a tutti gli infermieri under 30, l'altra per la dimensione giovanile all'interno degli Ordini. Il principio ispiratore è "inclusività", ed è per questo che FNOPI Giovani inizia chiedendo proprio direttamente ai giovani colleghi.La survey "esterna" è stata realizzata per raccogliere le principali criticità dei giovani in ambito professionale oltre a tracciarne un primo "identikit" ed è rivolta agli infermieri alla fascia sotto i 30 anni di età, denominati "old millennials" (nati dall'88 in poi).La survey esterna è visibile (e direttamente compilabile) a questo link: https://form.jotformeu.com/82172781948367
- oppure direttamente sulla home del portale www.fnopi.it cliccando sull'apposito pulsante

PROGETTO RICERCA INFERMIERISTICA

- collaborazione con Università per un progetto di ricerca infermieristica.

Pagina Facebook

La pagina Facebook "OPI Como" è uno dei tanti canali attraverso i quali l'Ordine ha deciso di entrare in contatto con i propri iscritti, la cittadinanza e gli studenti universitari.

Dal giugno di quest'anno, la Pagina è stata data in gestione dai ragazzi della "Consulta Giovani Neolaurati": l'obiettivo iniziale è stato quello di far conoscere il più possibile la Pagina, pubblicizzandola attraverso la condivisione della stessa ed invitando i propri contatti di Facebook a cliccare Mi Piace. La risposta degli utenti non si è fatta attendere e, ad oggi, il numero di simpatizzanti ha avuto un incremento di circa il 15% in cinque mesi, contando ora 1344 persone iscritte alla Pagina. Interessante segnalare come i contentenuti proposti, siano visualizzati anche da utenti che abitano in Svizzera, Spagna, Regno Unito e Austria (dati e statistiche estrapolate direttamente dalle "Insights" -approfondimenti- del sistema gestionale di Facebook). La possibilità di utilizzare in modo efficace ed efficente un Social Network per raggiungere i cittadini ed i colleghi professionisti, è stata realizzabile anche grazie al corso di formazione che i nostri giovani hanno seguito sotto la guida esperta di Rosa Giuffrè: Social Education e Cultura Digitale sono le parole d'ordine per poter gestire al meglio la pagina, raggiungendo ottimi risultati. La Consulta Giovani Neolaureati è sempre al lavoro per reperire articoli divulgativi che possano essere di reale interesse per i professionisti infermieri e non, per il cittadino e per chi, visitando la Pagina, cerca semplicemente dei "consigli utili": si è così deciso di programmare le pubblicazioni degli articoli a scadenza bi-giornaliera, consentendo al visitatore di consultare e condividere liberamente i contenuti proposti. Per il futuro, si sta lavorando per organizzare rubriche tematiche con argomenti di interesse comune (nell'ultima riunione, ad esempio, sono state proposte indicazioni per la gestione del paziente al domicilio o ancora la normativa che regolamenta le Disposizioni Anticipate di Trattamento), intensificando le pubblicazioni e ricercando informazioni che siano scientificamente validate e confermate: il tutto senza mai perdere di vista il semplice scopo per il quale la Pagina è nata, creare un ponte fra Ordine e professionista/cittadino.

Ricordiamo che potete raggiungere la Pagina all'indirizzo https://www.facebook.com/opicomo/ (@opicomo nella stringa di ricerca di Facebook) Attivate le notifiche per rimanere sempre aggiornati sulla pubblicazione di nuovi contenuti.

A cura di Emanuela Consoli

L'esperienza a Lourdes con gli infermieri di OFTAL

L'OFTAL (Opera Federativa Trasporto Ammalati Lourdes), è un'associazione ecclesiale di carità mariana a favore dei sofferenti che organizza Pellegrinaggi a Lourdes e in altri Santuari.
L'associazione si occupa del malato prima, durante e dopo il pellegrinaggio, soprattutto collaborando nella pastorale ordinaria di diocesi e parrocchie. Tutto questo grazie allo spirito di gratuità e di servizio di volontari, medici, infermieri, sacerdoti e religiosi.
L'OFTAL è nata in Piemonte negli anni '30 da un'intuizione di Mons. A. Rastelli, ed è oggi diffusa in particolare nel nord ovest d'Italia e in Sardegna. L'associazione continua l'ispirazione del fondatore con l'assistenza spirituale e morale degli ammalati specialmente i poveri, in modo particolare mediante i pellegrinaggi. Si propone un'esperienza di fede, di amicizia, di preghiera. Mettendosi al servizio dei sofferenti e condividendo con loro angosce e speranze, l'OFTAL si propone di alleviare la sofferenza.

DAME E BARELLIERI

Dame e Barellieri: con questi appellativi vengono chiamati i volontari che prestano servizio nell'OFTAL. Non occorrono requisiti particolari per decidere di intraprendere quest'esperienza di vita, occorrono infatti soltanto il sorriso e disponibilità di cuore. Ai volontari è domandato di compiere un assistenza agli ammalati, disabili e pellegrini a partire dalle funzioni primarie (lavarsi, vestirsi, mangiare), anche se spesso la necessità di compagnia e di ascolto sono i veri bisogni delle persone che ci stanno intorno. Le dame si presentano con la loro caratteristica divisa composta da velo blu e camice bianco.
Gli uomini vengono identificati con il termine barelliere in quanto sino a poco tempo fa all'interno del Santuario indossavano delle "bretelle"che nel passato erano utilizzate per trasportare gli ammalati barellati.

MEDICI E INFERMIERI

In ogni Pellegrinaggio vi è una nutrita presenza di medici e infermieri. A loro sono affidate le cure più particolari ed urgenti da rivolgersi a favore dei malati.
La loro presenza all'interno dell'associazione è un continuo cammino di approfondimento e studio, una "provocazione" da portare all'interno della loro vita professionale.

MA PERCHÉ UN PELLEGRINAGGIO A LOURDES COME INFERMIERA?

L'esigenza è nata per caso, forse più dettata dalla curiosità o banalmente come possibile scambio di esperienza con altri colleghi. Il nostro era un gruppo alquanto eterogeneo, ben 10 infermieri e 2 medici, chi proveniente dalle RSA, chi dalle degenze mediche, chi dal settore urgenza-emergenza ma tutti accomunati dal desiderio di essere utili e di mettersi in gioco.
In tutti questi anni di lavoro mi sono limitata ad essere un'infermiera precisa e decisamente asettica, forse volutamente fredda. Ho scelto l'ambito dell'urgenza - emergenza per nascondermi dietro un assistenza puramente tecnica, dove non ci fosse spazio per la componente relazionale e il coinvolgimento emotivo.

Quest'esperienza è stata un viaggio emozionale fatto di sogni, silenzi, gioie, lacrime, amicizie e confronto. Un'altalena di emozioni che mi hanno permesso di dare libero sfogo alla mia vera essenza.
Il contatto con l'atmosfera di fede, di preghiera, di carità, la visione della sofferenza umana tradotta realisticamente dalle schiere dei malati che con sacrifici enormi giungono alla Grotta di Massabielle è stato determinante per un cambiamento radicale nell'approccio e nella visione del malato, ma soprattutto nell'incontro con me stessa. Il pellegrinaggio è stata l'occasione per osservare l'esperienza della vita da una dimensione nuova, il malato non è più tale ma è molto altro, è un essere umano, un amico, un confidente e da qui in poi nulla è più stato la stessa cosa, sono io che sono cambiata, il mio approccio alla disabilità, alla malattia, insomma non più "pupille da valutare" ma occhi da guardare e da ammirare, anime stupende con le quali interagire in uno scambio reciproco di gesti e perchè no anche di silenzi che valgono più di mille parole.
Quest'esperienza non termina con il ritorno a casa ma lì prosegue, perché allarga la prospettiva della vita verso nuovi orizzonti. Io che alle mie spalle non ho un forte cammino di fede mi sono scoperta pellegrina del mondo, in un percorso di gioia e di condivisione.
Il "miracolo di Lourdes" è nello sguardo e nel sorriso che diventano luce, una luce che non si spegne e si riflette viva e ardente nel cuore, nella mente e nell'anima. Ho affrontato questo pellegrinaggio in una fase della mia vita molto particolare, portatrice in prima persona di una temporanea disabilità sono riuscita ad accompagnare chi nella vita non è stato fortunato come me, mi sono resa conto che se non ci fosse stata Lei non sarei sopravvissuta al primo giorno, km di cammino che iniziava alle prime ore dell'alba e terminava a notte fonda, senza il suo appoggio sarei crollata con le poche ore ore che dormivo ogni notte. Senza la fede da cui sono stata pervasa non avrei avuto il coraggio di sorridere serenamente ad un ragazzo gravemente disabile, o ad un anziano talmente solo da vivere in funzione della sua unica settimana di vita" vera", quella del pellegrinaggio appunto.Malati che con il loro sorriso mi hanno riempito il cuore, e con il cuore ricolmo d'amore e di gratitudine sono certa che affronterò la quotidianità lavorativa in un'ottica nuova.
Colgo l'occasione per fornire a tutti i colleghi che fossero interessati il contatto del responsabile infermieristico OFTAL sezione di Vigevano: ipmoli@gmail.com

Chiude l'esperienza al Campo Cappelletti, il nostro impegno continua

di Massimo Franzin

E' noto oramai a tutti che dal mese di ottobre scorso il Campo Cappelletti di Croce Rossa Italiana di Via Regina Teodolinda è stato dismesso e con esso si sono interrotte tutte le attività di assistenza e sorveglianza sanitaria alla popolazione migrante. Sembra dunque cessata l'Emergenza migranti nata nel luglio 2016 con l'arrivo in città, di migliaia di profughi accampati davanti alla Stazione San Giovanni. Un'emergenza che ha spaccato l'opinione pubblica, ma che ha dimostrato come i comaschi sappiano essere accoglienti e solidali, prendendo alla lettera ciò che un grande scriveva "nulla di quello che accade all'uomo deve risultarci estraneo". È così che infermieri, medici, ostetriche, psicologi, Crocerossine, operatori della Croce Rossa e volontari della Caritas hanno lavorato gomito a gomito per assistere le persone migranti e per tutelare la salute pubblica. In particolare sono stati 104 i colleghi infermieri iscritti all'OPI di Como e 7 iscritti ad altri OPI che hanno collaborato a diverso titolo all'ambulatorio infermieristico e medico sito dapprima nel piazzale davanti alla stazione e poi all'interno del Campo governativo di Accoglienza Temporanea "Osvaldo Cappelletti" di Croce Rossa Italiana. Un'esperienza unica che ha dato molto a tutti quanti: alle persone assistite, ai colleghi che vi hanno partecipato e alla collettività intera. Compito principe dell'ambulatorio è stato quello di assistere direttamente le persone che chiedevano visita, rispondendo ad un loro bisogno di salute e per quanto riguarda il compito di sorveglianza sanitaria, quello di isolare ed inviare in ospedale i casi sospetti di tubercolosi polmonare, scabbia e sindrome febbrile/diarroica per evitare che questa emergenza umanitaria potesse diventare un'emergenza sanitaria. A titolo di volontariato, colleghi medici, infermieri e ostetriche si sono alternati all'ambulatorio per ben 3 anni senza percepire nessun tipo di remunerazione, solo con l'intento di aiutare la popolazione migrante e per tutelare la salute pubblica. La chiusura del Campo ha suscitato molteplici dubbi e perplessità nell'opinione pubblica divisa tra mille polemiche, diatribe politiche che lo hanno accompagnato dal suo primo giorno di apertura. Davvero basterà chiudere il Campo per limitare e/o fermare il fenomeno migratorio in città? Che Como e Ventimiglia saranno sempre interessate da questo fenomeno è una certezza geografica, non un parere politico. Se riuscissimo a fare un ragionamento più ampio, dimenticando per un attimo gli slogans politici di una e dell'altra parte, forse capiremmo che la chiusura del Campo servirà solamente a perdere il controllo sui flussi migratori e soprattutto la rintracciabilità sulle persone che giungono e stazionano in città. L'unica certezza che ho, risiede nel fatto che qualsiasi cosa accadrà a Como, ci saranno centinaia di medici ed infermieri pronti ad intervenire per assistere chi ha bisogno e per tutelare la salute di tutti. Concludo, con una frase dello scrittore irlandese Oliver Goldsmith: "La cosa più mirabile del mondo, dice un certo filosofo, è un uomo buono che lotta contro le avversità: ma c'è una cosa ancora più mirabile: un uomo buono che viene a soccorrerlo".

Federazione Nazionale degli Ordini delle Professioni Infermieristiche

PRONUNCIAMENTO CONSIGLIO NAZIONALE 13/10/2018 SU CONDOTTA SOCIAL ISCRITTI

La presenza pervasiva dei social network impone un ragionamento e un posizionamento chiaro, da parte della Federazione e degli Ordini Provinciali, sulla presenza infermieristica su tali piattaforme di comunicazione e relativi stili di condotta.
"Il mezzo è il messaggio" è lo slogan di un grande studioso delle teorie dell'informazione, Marshall McLuhan, per spiegare che un identico messaggio, affidato a mezzi di comunicazione diversi, non risulterà mai uguale; non sarà mai percepito, compreso e commentato nella stessa maniera.
Non possiamo dunque immaginare di continuare ad informare e a comunicare, nei confronti di iscritti e di cittadini, come se i social non esistessero.
Purtuttavia ciò non significa "darsi in pasto ai social", cercare "like" e consensi a tutti i costi, pubblicare e commentare tutto e il contrario di tutto su ogni piattaforma attualmente disponibile.
Facebook, ad esempio, rimane il più grande network italiano con circa 27 milioni di iscritti a dicembre 2017, in crescita del 9% annuo, nonostante il sempre minor utilizzo da parte dei giovani.
La pervasività nel nostro Paese di questo social network impone la presenza di una pagina istituzionale per qualsiasi Ente Pubblico che, come il nostro, intenda rapportarsi con i cittadini e con i propri iscritti. Ma proprio perché "confusamente affollato", nonché popolato da migliaia di profili falsi e/o abusivi, Facebook è uno strumento spesso usato impropriamente da utenti che riversano on line sentimenti di odio e di scarso rispetto delle regole del vivere comune. È quindi indispensabile:

- Da un lato, dotarsi di una policy al fine di poter moderare in modo corretto e trasparente le discussioni generate dai post pubblicati;
- Dall'altro, comprendere che non tutti i contenuti sono adatti a Facebook: le immagini possono trovare spazio su Instagram, i video su Youtube, i posizionamenti istituzionali su Twitter, gli approfondimenti e i documenti ufficiali sul sito istituzionale e così via.

Purtroppo la comunità professionale infermieristica non è esente da alcune condotte deplorevoli sui social networks. Ultimamente troppi casi in cui una compattezza professionale avrebbe potuto ottenere esiti positivi, sono diventati vetrine di una minoranza professionale livorosa, aggressiva e violenta che danneggia tutti.
Questo comporta una serie di riflessioni e una chiara assunzione di impegno e responsabilità da parte della rappresentanza istituzionale.
Infatti:

- ogni volta che un infermiere si presenta come tale e agisce sui social e sul web mancando di decoro, di rispetto, usando turpiloquio, rinunciando ad ogni possibilità di confronto costruttivo e sereno, parlando senza cognizione di causa sia in merito ad evidenze scientifiche sia in merito ad una consapevolezza ragionata dei fenomeni di cui discute:

1) Mina l'immagine di tutta la comunità professionale che ne esce mortificata sul piano etico, deontologico, culturale;
2) Frena la credibilità professionale e istituzionale nei confronti della società civile, politica e del sistema sanitario in generale entro cui opera.

Inoltre confligge deontologicamente quando:

1) non tiene conto dei valori etici, religiosi e culturali, nonché del genere e delle condizioni sociali della persona;
2) non si impegna a cercare il dialogo nel caso di conflitti determinati da diverse visioni etiche;
3) non persegue uno spirito di collaborazione e confronto con i colleghi o con altri professionisti sanitari e non;
4) non riconosce e valorizza lo specifico apporto degli altri attori nell'equipe;
5) non tutela il decoro personale ed il proprio nome e non salvaguarda il prestigio della professione.

Se i mezzi di comunicazione oggi ci hanno dato la libertà di parola su ogni argomento ed in ogni contesto, questo non significa che tale libertà sia esente da conseguenze anche disciplinari.
Se la Federazione e tutti gli Ordini Provinciali stimolano e credono in un confronto che trae anche dalle divergenze la sua ricchezza, altrettanto dovranno intervenire sul piano disciplinare quando questo confronto diventa solo un turbinìo non ricondotto di rabbia, privo di ogni dialogo e di mediazione.
A maggior ragione i rappresentanti di tutti gli Ordini delle Professioni Infermieristiche d'Italia si impegnano in prima persona a fungere da guida e da esempio per un corretto uso della comunicazione social e web e altrettanto si impegnano a vigliare e a far rispettare la deontologia che sempre più spesso viene a mancare, e con essa ogni elemento valoriale, sulle piattaforme social e web.

Milano, 13 ottobre 2018
Via Agostino Depretis 70
00184 Roma; telefono
06/46200101; fax
06/46200131
CF: 80186470581

UN SALUTO AL COORDINATORE INFERMIERISTICO GRILLI ROSSANA

Ha conseguito il Diploma di Infermiere Professionale presso la Scuola I.P. dell'Ospedale Sant'Anna di Como nel 1978.
Dopo aver acquisito il titolo di studio ha lavorato nella divisione di Nefrologia e Dialisi del presidio Sant'Anna fino al 1982.

Poi, fino al 1985 alla Clinica "Du Reins Artificiel" a Mulhouse, in Francia, come infermiera di emodialisi.
Tornata in Italia ha lavorato nuovamente nella Divisione di Nefrologia e Dialisi del Sant'Anna per circa un anno ed in seguito nel reparto di Rianimazione ed Unità Coronarica fino al 1990, anno in cui ha conseguito il Certificato di abilitazione a Funzioni Direttive nell'Assistenza Infermieristica.
Dopo l'esperienza lavorativa presso il Servizio di Cardiologia e il Day Hospital di Oncologia vissuta tra gli anni 1990 e 1995, ha coordinato il terzo anno del Corso del Diploma Universitario per Infermiere (D.U.I.) ed è stata negli anni successivi docente di Infermieristica Clinica nell'ambito dell'area critica.
Dal 1999 al 2013 Coordinatore Infermieristico dell'U.O. di Dialisi.
Dal 2013 ad agosto 2018 Coordinatore Infermieristico dell'U.O. di Terapia Intensiva.
Ora, da pochissimo, ha cessato la propria attività lavorativa.

UN SALUTO "SPECIALE"

Un giorno dal nulla mi hai detto: "Oggi sono entrata in una stanza e ho pensato a quanto sia eccitante..."
"Cosa è eccitante?". Ti ho risposto.
"Le macchine, i suoni, il silenzio..."

C'è qualcosa in te che ho sempre ammirato e che da sempre mi colpisce ed è il tuo entusiasmo. Numerose sono state le occasioni in cui guardandoti ho potuto osservare la maturità di un'infermiera esperta, mescolarsi con la passione di chi non cessa mai di voler apprendere e farsi appassionare da ciò che fa.
Non ho bisogno di tante parole, volevo solo dirti grazie. Grazie di avermi dato l'opportunità di conoscere questa professione e di avermi insegnato ad amarla e a risceglierla, giorno dopo giorno.

Ciao Grilli!

A cura di Giuseppe Chindamo

OFFERTA FORMATIVA

Elenco programmazione dei corsi gratuiti per iscritti OPI Como anno 2019

PROGRAMMAZIONE CORSI PRIMO SEMESTRE GENNAIO/GIUGNO 2019

TITOLO	DOCENTE/I	SEDE/DATA
DIRITTI E DOVERI DEI PROFESSIONISTI SANITARI	Trombetta M. D'ambrosio M. Gilardoni F.	OPI Como, 20-feb
Convegno Aniarti: IL RUOLO DELL'INFERMIERE NELLA GESTIONE DEL PAZIENTE TRAUMATIZZATO "GRAVE"	VEDI ULTIMA PAGINA	Auditorium ASST Lariana, 22-feb
BLSD PER OPERATORI prima edizione	Pelosin R. Forni M. Del Bene R.	OPI Como, 08-mar
LA GESTIONE DEL RAPPORTO DI LAVORO CON LA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE "SAPER LEGGERE LA BUSTA PAGA"	Trombetta M. D'ambrosio M.	OPI Como, 20-mar
IL LINGUAGGIO DELL'INTELLIGENZA EMOTIVA ed-PNL	Brachi E.	OPI Como, 16-apr
ECG prima edizione	OPI VARESE	OPI Como ,....- apr
Ambiti disciplinari (CONVEGNO OPI COMO)	SEGUIRÀ PROGRAMMA	FASE DI DEFINIZIONE, 11-mag

Date e svolgimento dei corsi sono da ritenersi provvisori fino all'approvazione da parte dell'Assemblea ordinaria degli iscritti di previsione 2019.

Idee della PROGRAMMAZIONE CORSI SECONDO SEMESTRE LUGLIO /DICEMBRE 2019 in fase di definizione (verranno successivamente confermati sul prossimo numero di agorà con rispettive date e sedi).

TITOLO	DOCENTE/I	SEDE/DATA
DIPENDENZE DAI SOCIAL NETWORK :USO E ABUSO	Giuffrè R.	OPI Como ,..-sett
BLSD PER OPERATORI seconda edizione	Pelosin R. Forni M. Del Bene R.	OPI Como ,..ott
IL TESTAMENTO BIOLOGICO	Benci L.	OPI Como ...ott.
PICC TEAM, IMPIANTO E GESTIONE	Vaghini G.	OPI Como , -nov
ECG seconda edizione	OPI VARESE	OPI Como ,..nov
PATOLOGIE CRONICHE (ANALISI ,RICERCA).	IN DEFINIZIONE	OPI Como , -dic

Il Consiglio Direttivo ha deliberato per tutto il 2019 l'accesso gratuito riservato agli iscritti al OPI di Como, mentre per gli iscritti ad altri OPI propone di mantenere un costo di iscrizione pari a € 40,00.
La stesura dei corsi dell'anno 2019 sono l 'analisi dei dati raccolti attraverso l' utilizzo del questionario di gradimento durante i corsi per cercare di ottimizzare al meglio la richiesta da parte dei partecipanti ai corsi programmati nel 2018.

anjarti

OPI COMO
Ordine delle Professioni Infermieristiche

SCENARIO®
Il nursing nella sopravvivenza

TRAUMA MAGGIORE 2019

il ruolo dell' infermiere nella gestione del paziente traumatizzato grave

Auditorium ASST Lariana
Via Ravona - San Fermo della Battaglia (CO)

VENERDI 22 FEBBRAIO

CORSO GRATUITO RIVOLTO A : INFERMIERI, INFERMIERI PEDIATRICI, STUDENTI INFERMIERISTICA, SOCCORRITORI PROFESSIONALI, SOCCORRITORI VOLONTARI

E' STATO RICHIESTO IL PATROCINIO DI:

Sistema Socio Sanitario Regione Lombardia ASST Lariana

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DELL'INSUBRIA

FNOPI

OPI VARESE

ORDINE DI COMO

Provincia di Como

ACCREDITATO ECM

iscrizioni su opicomo.it > iscriviti ai corsi > da gennaio 2019