Luglio
2016 - N. 59

ISSN 2281-9479

Agorà

SPAZIO DI INFORMAZIONE DEL COLLEGIO IPASVI DI COMO

Abolire l'art. 49 del Codice Deontologico? P. 8
DI ORESTE RONCHETTI

Ecografia preospedaliera d'urgenza P. 33
DI DANIELA CAROLLO

Infermieri delle Forze Armate e di Polizia di Stato. Quali prospettive? P. 46
DI MASSIMO FRANZIN

L'aggresività nei DSM e il superamento degli OPG P. 51
DI ROSALIA DE MARCO

Agorà
Luglio 2016 - N. 59

Direttore Responsabile:
Oreste Ronchetti

ViceDirettore
Massimo Franzin

Comitato di Redazione:
Ronchetti Oreste, Cavadini Elena,
Pozzi Paola Mariella,
Redaelli Rita, Seveso Maria Elisabetta

Segreteria di Redazione:
Daniela Sereni, Daniela Zanini

Sede, Redazione, Amministrazione:
Collegio IPASVI - Viale C. Battisti, 8 - 22100 Como

Proprietario:
Collegio IPASVI - Como

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

Quadrimestrale Informativo del Collegio IPASVI 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@ipasvicomo.it

FOTO IN COPERTINA
Infermiere nelle Forze Armate durante le operazioni
di soccorso nel Mediterraneo - Missione MareNostrum
e Frontex

Editoriale
RIFORMA DEL SSL E DEGLI ORDINI
di Oreste Ronchetti

L'evento
5 Libera Professione: Convegno Nazionale a Como

Lettere alla redazione
7 La domanda di Marco Miletta
8 La risposta di Oreste Ronchetti

Politica e Professione
11 Ddl Lorenzin: l'Aula del Senato lo approva
13 I Collegi Lombardi e la Riforma del Sistema Sanitario Regionale

Il Collegio informa
14 Gli iscritti

Ricerca e Prove di Efficacia
17 Il Coordinatore Infermieristico e lo stress emotivo del personale in Intensive Care Unit
33 Ecografia preospedaliera d'urgenza eseguita da personale infermieristico: futuro o utopia?

L'evento
44 Giornata internazionale dell'infermiere: una partecipazione sempre più attiva

L'infermiere altrove
46 Infermieri delle Forze armate e della Polizia di Stato. Quali prospettive?

L'Infermiere nel DSM
51 L'aggressività nel Dipartimento di salute mentale e il superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari

Diritto e rovescio
61 Profili di responsabilità

Il Collegio informa
73 EPC La tessera professionale europea

di Oreste Ronchetti

Riforma del SSL e degli ordini

IL RUOLO CENTRALE DELL'INFERMIERE

Oreste Ronchetti
Presidente IPASVI Como

Le vicende di questi primi sei mesi del 2016 ci vedono sempre più impegnati con la riforma del Sistema Sanitario Lombardo. Abbiamo finalmente piantato la bandiera degli infermieri nella legge 23 del 2015 ed ora stiamo lavorando per creare progetti territoriali che vedano come protagonisti gli infermieri. In particolare ci stiamo concentrando sulla figura dell'infermiere di famiglia, sui presidi socio sanitari territoriali, sulle unità di cure primarie e sulla direzione infermieristica.

Come molti di voi avranno avuto modo di sapere, la nostra presidente nazionale è stata nominata direttore socio sanitario della Azienda Socio Sanitaria Territoriale di Bergamo ovest, mentre l'ex presidente del collegio I.P.A.S.V.I. di Pavia, il collega Enrico Frisone, ricopre la stessa carica nella asst di Lecco; due risultati concreti, non solo per il valore delle persone che sono state nominate, ma soprattutto per il significato politico che accompagna queste nomine e che conferma i passi in avanti compiuti dalla classe dirigente dei collegi I.P.A.S.V.I. della Lombardia, che finalmente hanno trovato la capacità di farsi ascoltare e considerare dai politici della nostra regione.

Certo non abbiamo ancora il coordinamento regionale dei collegi e questo è sicuramente un grosso limite che impone sforzi maggiori a coloro che si ritrovano impegnati nel dialogo con l'amministrazione regionale; è vero, rischiamo di dare un immagine poco unita degli infermieri lombardi. Però credo sia il caso di guardare a ciò che di positivo abbiamo costruito, anziché considerare i limiti che ancora ci contraddistinguono, con la consapevolezza che la maggior parte dei consigli direttivi dei collegi lombardi sta lavorando per superare questi limiti.

Ma torniamo al progetto che stiamo affrontando con Bocconi e che è illustrato all'interno di questo numero dalla vice presidente; non è un progetto legato solo dirigenza e non ha solo un valore politico per la professione.

Molto concretamente si propone di creare nuovi ambiti, soprattutto territoriali, all'interno dei quali fornire risposte assistenziali adeguate per i nuovi bisogni che emergono; stiamo lavorando perché sia possibile creare dei presidi socio sanitari territoriali a gestione infermieristica; perché venga istituito quanto prima il servizio dell'infermiere di famiglia; perché si avviino progetti di servizi innovativi sul territorio che permettano di erogare assistenza ad una sempre più vasta categoria di persone a costi contenuti.

Altro aspetto importante per gli infermieri, che si sta imponendo a grandi passi è, finalmente, la riforma degli ordini e dei collegi.

Anche su questo argomento troverete all'interno della rivista un contributo ripreso dall'organo d'informazione della federazione nazionale dei collegi I.P.A.S.V.I.

Non è semplicemente un cambiamento di nome, ma una presa d'atto ed un riconoscere che la professione infermieristica ha una grande importanza nel sistema sanitario. Inoltre la riforma rivede anche quelli che sono i compiti di ordini e collegi, per garantire ulteriormente i cittadini nei confronti di un diritto sancito anche dalla costituzione della nostra repubblica, oltre che dalla carta dei

Continua a pag. 4

Editoriale

di Oreste Ronchetti

☛ Segue da pag. 3

diritti dell'uomo della nazioni unite, quale è quello alla salute.
Certo, c'è ancora un parte consistente di colleghi che non comprendono l'importanza di essere parte di un ordine professionale, che non comprendono come mai debbano versare giornalmente 19 centesimi di euro per garantire alla popolazione che la persona che li sta assistendo è un professionista abilitato a farlo e soprattutto formato per farlo. Probabilmente rispetto a quest'ultimo aspetto dobbiamo tutti fare una profonda riflessione e domandarci quanto abbiamo fatto, ognuno nel proprio ambito, per dimostrare alla pubblica opinione che siamo dei professionisti e come tali dobbiamo essere considerati; probabilmente le conquiste raggiunte dalla federazione, dalla formazione universitaria, alla laurea magistrale, ai master, alla dirigenza infermieristica, all'autonomia professionale, alla libera professione, non sono state sufficientemente comprese dai colleghi e dalla popolazione.
Anche per questo la Federazione Nazionale ha deciso di avviare una campagna mediatica che ci accompagnerà fino a quest'inverno e che vuole portare all'attenzione di tutti la figura dell'infermiere, sia come professionista che opera sul territorio che come professionista che opera nelle strutture ospedaliere, che assiste e che organizza, che esercita come lavoratore dipendete e che esercita come libero professionista.
Come sempre molta carne al fuoco, molte idee da sviluppare da cui è possibile far nascere nuove idee per migliorare la nostra sanità, per garantire sempre meglio la possibilità di soddisfare i bisogni, in termini di salute, dei cittadini, per richiamare la politica a compiere scelte coraggiose che garantiscano il diritto alla salute per tutti. Ecco a cosa servono gli ordini professionali, ecco a cosa serve l'ordine degli infermieri.

di Cristina Di Giovanni

Libera Professione: Convegno Nazionale a Como

Grande Partecipazione per la 4° Giornata Nazionale dell'Esercizio Libero Professionale

Ce lo si chiede nei corridoi dei reparti: chi sono, come operano, come vivono gli infermieri liberi professionisti? "Stipendio netto", "partita iva", "ENPAPI", "assicurazioni professionali", "ferie", "malattie", "maternità", sono le parole che affiancano e smorzano il parlarne. Sono questioni difficili, che sanno di incertezza e suscitano timore.
Per gli infermieri l'ospedale è sempre stata la meta privilegiata, il posto fisso al quale assurgere per avere sicurezza economica. Dalla formazione ospedalocentrica alla pratica professionale, il luogo in cui spendersi è sempre stato solo quello.
Anche noi studenti infermieri ci rendiamo conto, però, che in un tempo in cui gli ospedali si fanno luogo per la cura delle acuzie, in cui vi è un abbattimento delle spese per la sanità pubblica, carenza di risorse umane e modificazioni del fabbisogno della società, la mission degli infermieri deve cambiare. Lo scenario di fronte al quale ci troviamo è quello di pazienti cronici, terminali, non autonomi, dimessi e con sempre meno risposte dalle istituzioni. E il compito delle professioni deve essere quello di adeguarsi alla richiesta e conformarsi alle esigenze delle persone, in modo intelligente e competente. La professione infermieristica non è da meno, anzi deve esser un di più. Bisogna gettare le basi e impegnarsi in nuovi modelli organizzativi aderenti alle nuove necessità dei cittadini. La libera professione può essere una risposta?
Per comprendere questo sono indubbiamente necessarie tre condizioni: conoscere cosa vuol dire essere Libero Professionista e quali possibilità apre, essere riconosciuti dai cittadini, avere una formazione adeguata e continua.
Partendo dalla formazione, quella infermieristica è arrivata in università da diversi anni: abbiamo un percorso che comprende la laurea triennale, la laurea magistrale, master e dottorati di ricerca. Tuttavia non sono ancora previsti stage, tirocini, seminari per preparare i futuri infermieri alla libera professione. E se tra molti degli infermieri dipendenti negli ospedali non vi è conoscenza e interesse, tra gli studenti di infermieristica di Como vi è ignoranza ma anche curiosità e voglia di spendersi ricercando tutte le opportunità che la professione infermieristica offre. Voci dai neolaureati invitano alla cautela, la strada non è semplice e occorre combattere concorrenza sleale, lavoro nero, tutelarsi dalle offerte di lavoro non convenienti.
È per questa ragione che, da studentessa, ho fortemente voluto partecipare alla IV Giornata Nazionale sull'esercizio libero professionale tenutasi lo scorso 17 aprile a Como, aperta dalla presidentessa della federazione Barbara Mangiacavalli che ha definito la libera professione infermieristica come una prateria in cui vale la pena investire le proprie energie. Concordiamo, ma è necessario capire come.
Cosa vuol dire essere libero professionista? Come si fa? Strumento utile e abbastanza esaustivo è il *Vademecum* pensato e realizzato da un gruppo di lavoro della Federazione nazionale con l'obiettivo di fornire agli infermieri uno strumento informativo che si richiama a un quadro giuridico-deontologico chiaro e che utilizza strutture operative omogenee su tutto il territorio nazionale. L'Infermiere Libero Professionista è un imprenditore di sé stesso, deve possedere sviluppate capacità relazionali, competenze, deve lottare contro gli abusi della professione.
Non solo questo, è necessario aprire una Partita IVA, iscriversi al collegio IPASVI e comunicare l'inizio dell'attività professionale come libero professionista, iscriversi all'ENPAPI, dotarsi di copertura assicurativa, occuparsi degli ECM.
A trattare di normative fiscali, Adalberto Camisasca, dottore commercialista e consulente della Federazione nazionale Ipasvi, che ha tracciato un quadro della normativa fiscale ricordando che biso-

gna stare attenti agli studi di settore e a rivolgersi a professionisti preparati a rispondere alle reali necessità di un infermiere libero professionista.
Per dare una risposta al come è possibile farsi riconoscere dai cittadini è stato presentato lo **strumento dell'accreditamento professionale per la libera professione infermieristica**, per il quale sarà disponibile, a breve, un manuale. Ciò consentirà ai cittadini di poter avere più garanzie e indicazioni su ciò che un professionista può offrirgli.
E se di libera professione si parla, vanno presi in considerazione gli altri paesi europei, nel libero mercato va considerato uno spazio più ampio rispetto al nostro piccolo territorio di casa. Annalisa Silvestro, senatrice e membro del Comitato centrale Ipasvi, ha esposto le sue considerazioni in merito ricordando che gli infermieri nell'UE devono essere in grado di fornire lo stesso livello di assistenza in tutti i paesi membri. È in quest'ottica che nasce la **tessera professionale**, vero e proprio documento di riconoscimento della qualità del professionista a livello europeo.
A intervenire sullo stato dell'essere la vicepresdiente Enpapi Giovanna Bertoglio e il direttore generale Fabio Fioretto. La libera professione registra un raddoppio negli ultimi due anni arrivando alla soglia di 69mila iscritti all'ente. Ma quanta strada c'è ancora da fare e da dove nasce questa richiesta?
Memore degli altri preziosi interventi che non riporto invitando a visionare i video della giornata e le presentazioni degli interventi allegate sul sito www.ipasvi.it, vorrei ringraziare le mie tutor del corso di laurea per l'interesse manifestato, il Presidente del Consiglio Direttivo del Collegio di Como, Dott.re Oreste Ronchetti, per avermi dato l'opportunità di partecipare a questo importante evento facendomi sentire già parte di questa professione.
L'augurio che lascio è quello che riusciremo a vederci e viverci come Professionisti, non solo come "professionisti dipendenti".

IL COLLEGIO INFORMA

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 collegio con un valido documento d'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 Collegio 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.*

La domanda di

Gent.mo Presidente e Gent.mi consiglieri del Collegio IPASVI di Como
Sono un infermiere neo-laureato, neo assunto, che ha iniziato da poco il suo percorso lavorativo.
In Università mi hanno insegnato che gli infermieri sono innanzitutto persone e professionisti, non solo numeri e nomi scritti su un file che serve a dimostrare che "il turno è coperto".
Non mi è sfuggita la discussione tra Sindacati, Federazione Nazionale IPASVI, soprattutto per la mia presenza sui social network, in merito alla discussione dell'articolo 49 del codice deontologico.
Articolo che recita:

> *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.*

On line possiamo trovare una petizione che chiede alla Federazione di abrogare il suddetto articolo, perché consente a numerose Organizzazioni Sanitarie di attuare politiche di demansionamento costante del personale infermieristico, soprattutto in questi tempi di crisi e tagli.
Sappiamo bene che il demansionamento, o de-professionalizzazione che dir si voglia, è la spina nel fianco della professione, compressa tra una norma mal e quasi mai applicata e una prassi capillarmente diffusa nei confronti dell'infermiere.
Vi rivolgo quindi questa domanda:
Abolire l'art. 49 del Codice Deontologico potrebbe danneggiare gli Infermieri?

Grazie,
Marco Miletta

Abolire l'art. 49 del Codice Deontologico potrebbe danneggiare gli Infermieri?

Questa è la domanda che è giunta in redazione, da parte di un collega neo laureato che, in questo periodo, ha seguito le discussioni che stanno invadendo i vari social network.
Partiamo dalla radice della questione, ovvero da questo *"famigerato" articolo 49: "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****."*
Analizzandolo, si coglie come nella sua prima parte questo articolo, per altro approvato nel 2009 con ampia e profonda discussione tra gli allora presidenti provinciali, vuole garantire un diritto all'assistito nella consapevolezza che il primo dovere etico e deontologico di chi svolge una professione di aiuto quale è quella dell'infermiere, sia quello di garantirne la sicurezza, sia fisica che psicologica. È secondo questa logica che, l'allora classe dirigente della professione, ha voluto sottolineare l'importanza di garantire ogni sforzo da parte dei professionisti per evitare che le carenze o i disservizi possano ricadere sull'utenza.
È importante però sottolineare, come questa compensazione debba essere di natura eccezionale. Quest'ultimo aspetto era stato, per altro, già opportunamente evidenziato dall'allora presidente nazionale, ed oggi Senatrice della Repubblica, Annalisa Silvestro, attraverso quella sorta di interpretazione autentica costituita dal Commentario al Codice deontologico dell'infermiere, della Federazione Ipasvi, che sottolinea come tale articolo non possa applicarsi laddove *"non vi sia eccezionalità ma consuetudine"* e laddove vi sia impossibilità a garantire adeguati standard assistenziali per sistematica inadeguatezza dell'organico.
E qui veniamo alla seconda parte del *"famigerato"* articolo, dove, molto chiaramente, si afferma il rifiuto di tale compensazione qualora sia *"abituale o ricorrente o pregiudichi sistematicamente il mandato professionale"*, come poc'anzi sottolineato.
È evidente che la seconda parte dell'articolo impone un comportamento etico da parte del corpo infermieristico nel suo complesso, da chi opera al fianco dell'assistito a chi coordina fino a chi dirige il sistema, per denunciare, *"documentandone le ragioni"*, ogni

"*abitua-le o ricorren- te*" compensazione che possa pregiudicare l'assistito ed il mandato professionale dell'infermiere.

Credo che una seria e approfondita riflessione rispetto a questo articolo potrebbe mettere in luce come troppo spesso sia stato chiamato in causa in modo strumentale, in particolare, riguardo alla sentenza n. 8132/2015 pubblicata il 02/12/2015 RG n. 2723/2012, dove alcuni colleghi, ritengono sia stato il mezzo per giustificare la liceità del demansionamento del nostro collega Valerio Giovanni.

Se andassimo ad analizzare le reali motivazioni che hanno portato il giudice della corte d'appello di Roma a ribaltare la sentenza di primo grado, in origine favorevole al collega, potremmo cogliere come l'articolo 49 del nostro codice deontologico venga citato proprio nella sua parte iniziale, tanto è vero che il giudice sottolinea che tale sentenza viene emessa perché *"Il sig. Valerio, fin dal giudizio di primo grado, non ha dedotto né dimostrato di essere stato adibito a mansioni diverse da quelle di assunzione. Né ha dedotto o dimostrato di avere svolto in via prevalente e continuativa mansioni afferenti ad un livello professionale inferiore"* ed evidenzia che

"In proposito è perciò opportuno evidenziare che nella sostanza il testo della circolare prevede la possibilità occasionale di svolgere uno specifico compito in aggiunta alle mansioni tipiche che caratterizzano la figura professionale dell'infermiere e soltanto in ipotesi di carenza del personale ausiliario".

Detto ciò, ritengo comunque, che una revisione dell'intero codice deontologico sia ormai necessaria, sia perché la sua attuale stesura risale ormai a 7 anni orsono, ed in questi anni di mutazioni culturali e sociali nel nostro paese ce ne sono state parecchie, sia perché una così importante fonte di riferimento credo sia da tenere costantemente aggiornata; quindi bene ha fatto la nostra presidente nazionale Barbara Mangiacavalli, ad istituire una commissione che si sta occupando della sua revisione. Per tornare alla domanda iniziale, credo occorra riflettere bene prima di pensare all'abolizione dell'articolo 49, perché come ho cercato di chiarire, se nella sua prima parte potrebbe sembrare vessatorio nei confronti dell'infermiere, nella sua seconda parte, se fosse applicato da tutti i professionisti ai vari livelli, attraverso denunce puntuali e precise, supportate dai vari consigli direttivi dei collegi italiani, forse potrebbe permettere alla nostra categoria di emergere anche mediaticamente per quello che spesso dimostra di essere sul territorio e negli ospedali, ovvero una categoria di professionisti tesi al miglioramento dell'assistenza alla persona.

Ddl Lorenzin: l'Aula del Senato lo approva

IL TESTO PASSA ALLA CAMERA DEI DEPUTATI

ROMA - 24 maggio 2016 - Con 164 voti favorevoli, 27 contrari e 17 astensioni il Senato ha approvato poco fa, in prima lettura, il Ddl governativo n. 1324,contenente "Deleghe al Governo in materia di sperimentazione clinica dei medicinali, di aggiornamento dei livelli di assistenza, nonché disposizioni di riordino delle professioni sanitarie e per la dirigenza del Ministero della salute"; la parola passa ora alla Camera.

L'approvazione "veloce" del Ddl era già chiara all'inizio del dibattito in Aula giovedì scorso (VEDI) quando erano stati già approvati i primi tre articoli del provvedimento.

"Speriamo di festeggiare la trasformazione del ddl Lorenzin in legge dello Stato entro l'anno", ha commentato la senatrice **Annalisa Silvestro** che ha dato subito l'annuncio dell'approvazione sulla sua pagina Facebbok.

E alla fine della seduta la ministra **Beatrice Lorenzin** ha twittato: «Grazie al Senato».

"Non posso che manifestare la mia grande soddisfazione per l'approvazione del Ddl Lorenzin oggi in Senato di cui sono stata relatrice. Un provvedimento che almeno un milione e duecento professionisti della sanità aspettano da quattordici anni", ha dichiarato **Emilia Grazia De Biasi**, Presidente della Commissione Sanità del Senato. "Un testo composito ha proseguito ma che contiene al suo interno elementi importantissimi come la riforma degli ordini professionali, la costituzione di nuovi ordini professionali e di albi di professioni sanitarie (chimici, fisici, osteopati e chiropratici) a garanzia della dignità professionale degli operatori e a garanzia dei cittadini che da ora saranno più sicuri perché sarà

più incisiva la lotta all'abusivismo professionale".
"il Senato ha concluso De Biasi ha oggi compito un passo molto più importante di quanto molti di noi possano pensare in favore di una migliore sanità e di un migliore Servizio sanitario nazionale. Ora il provvedimento passerà all'esame della Camera dei Deputati e mi auguro che venga approvato nei tempi più brevi possibili".
"Il compito di aggiornare un provvedimento vecchio di 70 anni è senz'altro arduo e impone inevitabilmente di stabilire delle priorità la senatrice **Nerina Dirindin**, capogruppo Pd in commissione Sanità nella dichiarazione di voto sul ddl Lorenzin. Più volte abbiamo sottolineato la necessità che i governi, nazionali e regionali, dedichino maggiori energie al settore sanitario, settore che gode certamente di un impianto solido e riconosciuto come fra i più avanzati a livello europeo ma che, dopo tanti anni, necessita di una manutenzione, soprattutto in relazione all'evoluzione del settore, delle strategie di promozione della salute e delle esigenze imposte dalla crisi economica".
Riferendosi alle professioni sanitarie Dirindin ha sottolineato che il riordino "può costituire un passo importante proprio nella direzione di fissare regole a tutela del paziente sul quale auspichiamo gli ordini vorranno intensificare i loro sforzi a sostegno del sempre più necessario rafforzamento del rapporto di fiducia fra cittadini e professionisti, combattendo l'abusivismo, le opacità fiscali, i cedimenti etici, l'autoreferenzialità e la disarmonie (qualche volta veri e propri conflitti) fra le diverse professioni. Va poi sottolineato che il provvedimento riconosce e valorizza molte professioni sanitarie che da tempo svolgono un ruolo non certamente residuale nei percorsi di cura, a partire dalle professioni infermieristiche, di ostetrica, tecnici di radiologia medica e delle professioni sanitarie tecniche, della riabilitazione e della prevenzione, ma non solo. Riconoscere pari dignità (in materia di disciplina degli ordini) a tali professioni significa non solo riconoscerne il valore ma anche abbattere un pezzettino di quel muro che per troppo tempo ha ostacolato la necessaria integrazione delle professioni nel quotidiano lavoro di cura delle persone".
"Ringrazio per l'appassionato e professionale contributo le senatrici e i senatori della Commissione Sanità e dell'Aula ha dichiarato il sottosegretario alla Salute Vito De Filippo che ha seguito l'approvazione gli Uffici del Senato; con questo provvedimento, una volta approvato anche dalla Camera, verrano introdotte importanti e qualificanti novità.

- Si razionalizzano e si semplificano le procedure amministrative in tema di sperimentazione dei medicinali ad uso umano;
- si prevede che, in occasione dell'aggiornamento dei Livelli Essenziali di Assistenza devono essere inserite le procedure di controllo del dolore nella fase travaglio-parto, ricorrendo, previo consenso informato e fatta salva la libertà di scelta delle partorienti, alle tecniche di anestesia locoregionale;
- si avvia un'organica e profonda riforma degli Ordini e Collegi delle professioni sanitarie, al fine di rendere il sistema più aderente alle esigenze odierne e assicurarne la funzionalità nell'interesse prioritario dei cittadini;
- si istituiscono due professione sanitarie, l'Osteopata e il Chiropratico e si passa sotto la vigilanza del Ministero della salute degli Ordini delle professioni dei biologi, degli psicologi (evolvendone in professioni sanitarie) nonché dei chimici e dei fisici e viene istituito presso l'Ordine degli ingegneri l'elenco nazionale certificato degli ingegneri biomedici e clinici;
- si interviene pesantemente in materia di esercizio abusivo della professione sanitaria;
- si inaspriscono le sanzioni penali per chi compie reati ai danni delle persone ricoverate presso strutture sanitarie o presso strutture socio sanitarie residenziali o semi residenziali.

Di particolare rilevanza ha proseguito De Filippo è l'aspetto di riforma di 31 professioni operanti in sanità, oltre 1.200.000 di operatori, intervenendo sia sul riassetto che sull'ammodernamento della normativa ordinistica vigente che risale al d.lgs del Capo provvisorio dello Stato 13 settembre 1946, n. 233, quando gli ordini furono ricostituiti dopo la Liberazione, essendo stati sciolti durante il ventennio fascista.
Gli ordini vengono definiti enti pubblici non economici e organi sussidiari dello Stato, con la mission di tutelare gli interessi pubblici connessi all'esercizio professionale, con propria autonomia patrimoniale, finanziaria, regolamentare e disciplinare, sottoposti alla vigilanza del Ministero della salute, finanziati esclusivamente con i contributi degli iscritti, senza pertanto gravare sulla finanza pubblica.
Si apprezza e si esalta il ruolo di enti preposti alla promozione e assicurazione dell'indipendenza, dell'autonomia delle professioni e dell'esercizio professionale.
Nell'individuare i compiti degli Ordini (la tenuta e la pubblicità degli albi delle rispettive professioni e la verifica del possesso dei titoli abilitanti all'esercizio professionale, la valutazione delle attività di formazione continua) si dispone che essi devono operare garantendo il rispetto di principi fondamentali, quali l'accessibilità e la trasparenza della loro azione.
Si riforma profondamente il procedimento disciplinare al fine di garantire l'autonomia e la terzietà del giudizio disciplinare, prevedendo la separazione della funzione istruttoria da quella giudicante; in ogni regione saranno costituiti appositi uffici istruttori di albo a cui partecipano, oltre agli iscritti sorteggiati tra i componenti delle commissioni disciplinari di albo della corrispettiva professione, anche un rappresentante estraneo alle

professioni medesime, nominato dal Ministro della salute". Per effetto del mutato quadro ordinamentale e formativo delle professioni di Infermiere, di Tecnico sanitario di radiologia medica e di Ostetrica si evolvono i loro attuali collegi in ordini, inoltre vengono istituiti gli albi per le professioni sanitarie che ne sono ancora sprovviste, all'interno dell'Ordine dei tecnici sanitari di radiologia medica, che assumerà la denominazione di Ordine dei tecnici sanitari di radiologia medica e delle professioni sanitarie tecniche, della riabilitazione e della prevenzione, quindi senza istituire ulteriori ordini professionali".
"Sono di misure da tempo attese dai cittadini e da tutti gli operatori sanitari ha concluso il sottosegretario per questo è quanto mai auspicabile che la Camera dei Deputati esamini ed approvi questa proposta di legge nel tempo più breve possibile affinchè possa produrre i suoi effetti positivi".

IL PROVVEDIMENTO IN SINTESI

L'articolo 1
conferisce una delega al Governo per la revisione della disciplina in materia di sperimentazione clinica dei medicinali e introduce il concetto di medicina di genere.

L'articolo 2
prevede che siano inserite nei livelli essenziali di assistenza sanitaria le prestazioni di controllo del dolore nella fase travaglioparto.

L'articolo 3
reca una revisione della disciplina degli ordini delle professioni sanitarie. In via generale, l'esercizio della professione è subordinato all'iscrizione nel relativo albo e gli ordini sono costituiti su scala provinciale e riuniti in federazioni nazionali.

L'articolo 4
introdotto in Commissione, istituisce la professione di osteopata.

L'articolo 5
inserisce le professioni di biologo e di psicologo nell'ambito delle professioni sanitarie.

L'articolo 6
introdotto in Commissione, istituisce l'elenco nazionale degli ingegneri biomedici e clinici.

L'articolo 7
riguarda l'esercizio abusivo delle professioni sanitarie.

L'articolo 8
introdotto in Commissione, riguarda le pene che si applicano ai farmacisti per la vendita di sostanze dopanti.

L'articolo 9
riguarda la circostanza aggravante per reati in danno di persone ricoverate presso strutture sanitarie.

L'articolo 10
reca disposizioni in materia di formazione medica specialistica.

L'articolo 11
reca modifiche alla disciplina sull'esercizio societario delle farmacie.

L'articolo 12
introdotto in Commissione, istituisce la professione sanitaria del chiropratico.

L'articolo 13
concerne la dirigenza del ministero della Salute.

L'articolo 14
reca norme di coordinamento per le regioni e province autonome.

I Collegi Lombardia e la Riforma del Sistema Sanitario Regionale

INSIEME PER COSTRUIRE IL FUTURO DEGLI INFERMIERI NELLA NUOVA CORNICE DELLA RIFORMA SANITARIA REGIONALE

Il 2016 ha visto nascere la riforma sanitaria regionale che pone al sistema sanitario nuove frontiere e nuove sfide che devono vedere, anche e soprattutto, protagonisti gli infermieri. Per portare la nostra professione a diventare attore principale dei processi decisionali, capace di influire sulle scelte organizzative del nuovo sistema, i collegi provinciali lombardi hanno deciso di avvalersi della consulenza dell'università Bocconi. L'obiettivo della collaborazione è quello di selezionare spazi di cambiamento a maggiore criticità e potenzialità per la professione con lo scopo di offrire e condividere chiavi di interpretazione rispetto alla questioni emergenti e ai nuovi assetti organizzativi. Si vuole inoltre rafforzare le capacità negoziali della professione e contribuire alla formazione e allo sviluppo di nuovi protagonisti.
I gruppi di lavoro avranno come obiettivo quello iniziale di riflettere insieme sull'evoluzione dello scenario, sullo stato di attuazione della riforma, sulle dinamiche in atto che caratterizzano la "questione infermieristica" in Lombardia e sulle esperienze in corso; a questo scopo verrà istituito un laboratorio a supporto dell'osservatorio per monitorare la regione Lombardia, allo scopo di costruire una visione comune dei problemi da cui far discendere le priorità di intervento che guideranno l'azione della comunità infermieristica lombarda.
Ma l'obiettivo principale sarà quello di arrivare alla sperimentazione di progetti che riguardano la direzione delle professioni sanitarie, l'infermiere di famiglia, i PRESST e le UCCP; l'idea, che rappresenta un'opportunità da non perdere per la professione, è quella di arrivare a proporre schemi interpretativi di analisi delle esperienze in atto nelle diverse aziende, sperimentazioni comprese, in una prospettiva trasversale, con particolare attenzione a quelle innovative e coerenti con le strategie di sviluppo della professione.
Sarà perciò necessario individuare le innovazioni in nuce, facendo un censimento delle esperienze innovative che si vogliono amplificare e far diventare una realtà sostenuta per passare da una strategia emergente ad una strategia deliberata.
La fase delle sperimentazioni seguirà il seguente iter:

- Raccolta organizzata, all'interno di alcune aree, di attività già presenti sul campo, di interventi o eventi significativi, di nuclei di innovazione che si muovono nella direzione voluta (innovazioni-sperimentazioni in fieri o potenzialmente significative);
- Classificazione e sistematizzazione delle iniziative raccolte sul campo, all'interno di un modello interpretativo condiviso;
- Costruzione di un protocollo di sperimentazione;
- Individuazione delle aree su cui promuovere le sperimentazioni;
- Consolidamento delle sperimentazioni in atto e avvio di nuove sperimentazioni, ricercando gli ambiti più favorevoli alle sperimentazioni;
- Monitoraggio e valutazione delle sperimentazioni.

Ogni Collegio provinciale ha individuato quattro referenti che, avvalendosi di esperti/stakeholders, porteranno avanti il progetto con i responsabili del progetto di Bocconi (Delvecchio, Trinchero, Anzivino, Ramusino). Il nostro Collegio avrà come responsabili del progetto Dario Cremonesi per il gruppo che lavorerà sui progetti legati alla direzione, Manuela Mascheroni per i progetti legati all'infermiere di famiglia, Manuela Alunni per i POT e Manuela Soncin per le sperimentazioni legate alle UCCP. Questa collaborazione sarà un'occasione per gli infermieri lombardi di essere promotori di una nuova politica sanitaria e, attraverso un processo costruttivo e virtuoso, forieri di nuove idee per lo sviluppo della nostra professione.

ENTRANO A FAR PARTE DEL NOSTRO COLLEGIO

INFERMIERI

AL NIMER	SORINA LILIANA
ARRIGONI	FRANCESCA
BALLERINI	GIOVANNA
BYNZAR	ALINA
CAGLIA	VALENTINA
CEFALÌ	VERONICA
COLECCHIA	FRANCESCO
CROSTA	PRISCILLA
FERRETTI	MARTINA
FORIGO	ELISA
FORIGO	LORENA
GELATTI	FABRIZIA
GIOVAGNOLI	CARLOTTA
KOSHY	PRINU
MACONI	ELISA
MAGON	ARIANNA
MAINIERI	MANUEL
MUSCARÀ	VANESSA
NEAGOE	ANDREEA-CONSTANTINA
NGAKAM TCHEUMAKO	GEORGES LEPRINCE
OPREA	EMANUELA AMIRA
PATIERNO	PAOLA
PERRONE	MARTINA
POLATO	STEFANIA
POZZI	DIANA
RONCORONI	CLAUDIA
SAHLI	IMENE
SGURA	MORENA
TINTI	KATYUSCIA
VENDRAMIN	ELENA

INFERMIERI PEDIATRICI

LIVIO	GIULIA
MANGINO	GIULIA

ARRIVANO DA ALTRI COLLEGI

INFERMIERI

BERCEA	ELENA DANIELA
BUCUR	MARIA
CORTI	PAOLA
DEL PRATO	FRANCA
FAZI	UGO
FILIPPETTI	FEDERICA
GHERGHELUCA	RODICA
GHEZZI	CRISTINA
JOHN	ANU

MIGLIORINI	EUGENIA LUCIA
MONTELEONE	GRAZIA
MORGANTI	ROBERTO
MUNDULA	GIANLUCA
PELUSO	ELIO
RISTIC	ALEKSANDAR
ROMEO	SAVERIO
RUSSO	LAURA
SPADAFORA	MARIA GRAZIA
TROVATO	ELEONORA
TUCCILLO	LUIGI

HANNO CESSATO LA LORO ATTIVITÀ

INFERMIERI

BARIANI	MARA
BASALIGA	ELENA
BASSO	ELEONORA
CHIEFFO	PIERLUIGI
CIMA	LILIANA
COLLE	GIUSEPPINA
COLOMBO	GIUDITTA
FANELLI	MARIA
LUPPI	MARIA CARLA BIONDI
MANGIACAVALLI	GIUSEPPE
MARELLI	SILVIA
MARZORATI	GIUSEPPINA
MAURI	DANIELA
MICHELINI	ERICA
PEDRINI	MADDALENA
PERUZZO	ANTONELLA
PONTIERO	CLAUDIA
ZANZOTTERA	PIETRO

ASSITENTI SANITARI

MENEGHELLO	EMANUELA

SI SONO TRASFERITI

INFERMIERI

BERLUSCONI	LAURA
BRUN	BEATRICE
CARBONE	STEFANIA
CARDILLO	YURI
CASARTELLI	FEDERICA
CRISTALLI	ARTURO
DI CARLO	ROSA ANTONIETTA
FRANCULESCU	ADRIANA CARMEN
GUALDI	ELENA
MANCINI	ARIANNA

DECEDUTI

INFERMIERI

DELLA SALE	GIANFRANCO

CANCELLATI PER MOROSITÀ

INFERMIERI

BALZARETTI	STEFANIA MARIA
BEN AOUN	JALILA
BERNASCONI	ANNAMARIA
BERTOLINI	PIERA
BRESSAN	ALESSIA
BRUZZI	RITA
CESAREO	ELISA
CHAABI	KHELIFA BEN TAHAR
COLOMBO	LUISA
CONSTANTINESCU	ALEXANDRU VALENTIN
CRACIUN	MARCELA
DI BARI	MARIA
DINIC	BOJANA
EDAYACHALIL	MANEESH JOSE
FRIGERIO	PATRIZIA
GALLI	CINZIA
HAKLA	IMAD
LORENZI	MARIA GRAZIA
MASANTI	SILVIA
MELEGONI	DANIELA
MIHELE	MIHAELA
NEGLIA	ANNA
PAGGI	MICHELA
PALMISANO	ELENA MARIA
PASQUILLO	DOMENICA CATERINA
PORTA	ANGELA
POZZI	EDOARDO
RIMOLDI	EMILIA
SARACI	EMIRJONA
UMBLATOR	PETRONELA
VADAKKEKARA PHILIP	JISHA PHILIP
VILLA	SILVIA
VUOLO	ANTONIO
WYZYKOWSKA	KRYSTYNA MARIA

INFERMIERI PEDIATRICI

GENES	ELENA

di Alessandro Picone

Il Coordinatore Infermieristico e lo stress emotivo del personale in Intensive Care Unit

INTRODUZIONE

Il motivo che mi ha portato ad elaborare questa tesi è semplice, e mi riguarda da vicino.

Ogni giorno varcando la soglia della terapia intensiva cardiovascolare dove lavoro, mi chiedo cosa mi attenderà.

Mi sono sempre reso conto dell' importanza della figura del coordinatore infermieristico come fulcro sul quale ruotano molteplici professionisti fatti però di individui con vissuti ed esperienze diverse.

Durante la mia esperienza lavorativa ho avuto modo di raffrontarmi con diversi coordinatori, che hanno dato al mio lavoro e al mio modo di viverlo impronte diverse.

È grazie anche ad alcuni di loro che ogni giorno affronto il lavoro e gli ostacoli che mi si presentano in maniera differente.

La tesi che tratterò avrà lo scopo di capire e comprendere quali sono i meccanismi, gli input negativi che si vengono a presentare durante la quotidianità in terapia intensiva tra i professionisti infermieri.

Lo Stress nella società odierna, e in particolar modo nel contesto sanitario delle terapie intensive, rappresenta un disagio e un fenomeno in continua crescita.

Con questo lavoro di tesi ci riproponiamo di individuare e sviluppare strategie per riconoscere precocemente e prevenire l'insorgenza di questo fenomeno all' interno delle U.O. (gli approfondimenti sono presenti nel capitolo 4.3).

In una realtà complessa e in continua evoluzione segnata dalla presenza di pazienti ad alta intensità assistenziale e con necessità di cure intensive (capitolo 3.1, 3.2) il professionista infermiere si trova quotidianamente a far fronte a situazioni di disagio psico fisico derivate dall' importante carico di lavoro, dalla sua complessità e dalle emozioni che spontanee nascono dal continuo contatto con la sofferenza, la malattia e spesso la morte.

È in questo contesto difficile e complesso (sia dal punto di vista emotivo che gestionale) che il coordinatore infermieristico interviene nel prevenire o riconoscere tempestivamente i segnali che il personale infermieristico da lui gestito manifestano più o meno evidentemente. (capitolo 4.1)

Sintetizzando, l'obiettivo principale dello studio è.

- guidare il coordinatore infermieristico nell'arduo compito di riconoscimento, interpretazione e canalizzazione dei meccanismi emotivi il tutto finalizzato alla prevenzione o alla precoce risoluzione di situazioni di stress;
- guidare il coordinatore infermieristico verso la difficile conquista del ruolo di leader positivo impegnato nella gestione delle emozioni che emergono dai rapporti tra persone, e dei meccanismi di difesa ad esse correlati
- fornire uno strumento utile al coordinatore, un questionario, per valutare "lo stato di stress" del

proprio gruppo di lavoro ogni qualvolta emergano situazioni difficili.

Ciò che ricaverò dalla ricerca deriva da letteratura scientifica internazionale (Approfondimenti capitolo 2.1).

Altri spunti sono stati tratti dai più moderni manuali di strategia di management e gestione delle risorse umane, in formato cartaceo e/o telematico, ma soprattutto dalla somministrazione diretta di un questionario a colleghi infermieri di varie realtà di terapie intensive.

Fortunatamente c'è chi nel settore infermieristico si sta avvicinando a questo genere di argomenti e utilizza appunto l'ambito sanitario come campo di studi e di valutazione delle proprie teorie.

Le situazioni di ogni giorno, la quotidianità (per tanti banale routine), rappresentano invece rischiosa fonte di stress per il professionista che quotidianamente affronta forti emozioni.

Sono proprio quest'ultime ad influenzarne lo stato di salute, che talvolta può addirittura contagiare un organizzazione determinando un clima negativo in cui operare.

Il coordinatore infermieristico sta al centro della tempesta di emozioni che nascono dai rapporti umani egli è metaforicamente parlando il parafulmine su cui si scaricano questi fulmini emotivi.

Ci porremo poi una domanda: ma può il coordinatore infermieristico essere influenzato da tutto ciò?

Ci auguriamo che questo nostro studio sia un invito ad un cambio di prospettiva per coloro che diventeranno coordinatori e uno strumento di auto-etero valutazione, un up-grade per tutti coloro che già rivestono questo ruolo.

Gli operatori che svolgono la loro attività in contesti che assolvono l'emergenza sono molto esposti, se non supportati psicologicamente, a cadere nella depressione professionale, perché non avranno possibili incontri con i pazienti trattati e con loro, verificare i successi della tempestività dei loro interventi.

Pertanto il loro bisogno di autostima sarà soddisfatto se troveranno nei loro interventi strategie di coinvolgimento motivazionale, che possono emergere anche nelle situazioni più devastanti.

La professionalità è una qualità che non si acquisisce solo tramite un titolo, ma è una caratteristica personale che nasce e cresce con il professionista, che si sviluppa insieme alla consapevolezza e al credo in valori e principi che rendono la professione di infermiere così importante nella società.

Ma prima ancora l'infermiere deve conoscere se stesso, valorizzarsi, saper scegliere, deve avere la capacità di analizzare ed intraprendere in modo sistematico la situazione assistenziale anche in situazioni di stress. Spesso egli si trova a dover prendere decisioni, a organizzare e agire in regime di urgenza con limitate risorse a disposizione.

L'infermiere di emergenza deve essere ben integrato all'interno del gruppo, soprattutto quando si parla di un' organizzazione come l'Area Critica, dove vengono chiamate in campo tutte le risorse disponibili per costituire i gruppi operativi organizzati, ovvero l'equipe.

A questi gruppi vengono richiesti determinati requisiti, come la professionalità, la capacità di riconoscere il proprio spazio d'azione, la propria posizione nel gruppo, un insieme di capacità utili a svolgere compiti tecnico-pratici, la conoscenza, l'utilizzo delle risorse disponibili, ed una buona capacità di adattamento e di relazione.

Anche nei migliori sistemi di emergenza molte volte i professionisti addestrati a salvare le vite, non riescono a raggiungere il loro scopo; nonostante questa consapevolezza, soprattutto in relazione con la morte di giovani ed eventi catastrofici, si possono avere alterazioni psicologiche persistenti nei soccorritori; con emozioni incontrollabili e reazioni negative. Gli infermieri che entrano in contatto emotivo con i pazienti hanno una sorta di compito paradossale che è quello di funzionare in modo "sano" all'interno di uno scenario nel quale gli altri hanno il diritto di funzionare in modo "folle". Con il termine "folle" s' intende comprendere tutti quei comportamenti difensivi e di adattamento che la persona mette in atto di fronte ad un evento patologico, come può legittimamente essere considerata un' emergenza o una catastrofe. Lavorare costantemente a contatto con la sofferenza ed esposti a situazioni di pericolo comporta una possibile sofferenza psicologica che non può essere trascurata. Pearlman e Saakvitne[1], hanno definito "traumatizzazione vicaria" il trauma psicologico che colpisce l'infermiere dell'emergenza, è una sorta di processo attraverso il quale l'esperienza interna del soccorritore viene trasformata in senso negativo a causa del suo coinvolgimento empatico con il vissuto traumatico della persona di cui si sta occupando.

Si può parlare di "contagio psichico", che può portare a delle vere modifiche strutturali nell'identità personale e professionale della persona coinvolta.

Quando il rapporto con la vittima o la situazione incontrata evoca nel soccorritore delle situazioni personali irrisolte, egli risponderà in modo non oggettivo. Il processo di identificazione che è collegato a questo vissuto può comportare un coinvolgimento diretto del soccorritore, per cui nell'intervento egli può perdere le caratteristiche necessarie di professionalità.

Il soccorritore, con l'accumularsi della fatica psichica può giungere a modificare il suo modo di vedere le cose, la sua autostima e la percezione della propria competenza e capacità professionale.

Ciò accade perché il professionista, nel suo lavoro, è costretto a rapportarsi con forti carichi emotivi, a gestire manifestazioni di

1 Antonio Zuliani, Manuale di psicologia dell'emergenza,Maggioli Editore,2007
2 Maurizio Chiaranda, Urgenze ed Emergenze, Piccin, 2009

angoscia e di aggressività, a confrontare se stesso con le prospettive di morte, dolore e paura che animano le vittime di cui si sta occupando.
Il forte impatto emotivo è un problema che si presenta non soltanto nelle situazioni drammatiche di emergenze extraospedaliere, ma è una costante per chi lavora in area critica, nei reparti di terapia intensiva;
Tra le situazioni più significative che l'infermiere può riscontrare nel corso della sua attività troviamo[2]:

- La difficoltà di comunicazione che si può incontrare nel primo contatto con il paziente ed i suoi familiari, per difficoltà soggettive ed oggettive che ostacolano la relazione terapeutica d'aiuto;
- L'evoluzione incontrollabile delle patologie più gravi, con delusione sul piano professionale ed eventualmente anche attribuzione ingiustificata di responsabilità;
- La comunicazione del lutto ai familiari per un evento inaspettato e a volte inspiegabile;

Ne consegue la necessità per gli infermieri di area critica di uno specifico addestramento e supporto per affrontare numerose occasioni di forte impatto psicologico ed emotivo, in modo da unire alla competenza professionale infermieristica, anche la competenza relazionale e quella emozionale (autocontrollo).
Non soltanto sapere e saper fare, ma è anche fondamentale saper essere i professionisti dell'emergenza.
La mancanza di capacità nell' adattamento ai quotidiani ostacoli durante l'attività lavorativa produce disagio, e questo disagio si tramuta in malattia.
La sindrome da stress e burnout descritta da Christina Maslach, viene intesa come una vera e propria malattia professionale, che si diffonde nel tempo con costanza e gradualità.
Oggi il panorama delle malattie professionali, è profondamente cambiato in quanto la legislazione ha ampliato la normativa a supporto del bisogno emozionale dei lavoratori. Non vengono tutelati solo gli infortuni sul lavoro, ma tutte le patologie causate dall'attività lavorativa.
Nel 1946 l'OMS (organizzazione Mondiale della Sanità) ha definito la salute non semplicemente come assenza di malattia ma come "stato di benessere fisico, mentale e sociale". Nel 1986 l'OIL (Organizzazione Internazionale del Lavoro) ha definito i rischi psicosociali in termini di interazione tra contenuto del lavoro, gestione ed organizzazione del lavoro, condizioni ambientali e organizzative da un lato, competenze ed esigenze dei lavoratori dall'altro.
L'obbligo della valutazione, tra i diversi rischi per la sicurezza e la sicurezza dei lavoratori, anche dello stress lavorativo, veniva stabilito in modo indiretto da diverse disposizioni come:

- Decreto Legislativo n° 626 del 19/09/1994,riguardante il Miglioramento della sicurezza e della salute dei lavoratori;
- Direttiva 24 marzo 2004 della Presidenza del Consiglio dei Ministri,Dipartimento della Funzione Pubblica, pubblicata sulla Gazzetta Ufficiale n° 80 del 5 aprile 2004, riguardante le Misure finalizzate al miglioramento del benessere organizzativo nelle Pubbliche Amministrazioni;
- Accordo Quadro Europeo sullo stress nei luoghi di lavoro siglato l'8 ottobre 2004, dove viene identificato lo stress da lavoro, come elemento di preoccupazione sia per gli imprenditori che per i lavoratori, a livello europeo, nazionale ed internazionale. Lo stress viene definito come "una condizione, accompagnata da sofferenze o disfunzioni fisiche, psichiche, psicologiche o sociali, che scaturisce dalla sensazione individuale di non essere in grado di rispondere alle richieste o di non essere all'altezza delle aspettative";
- Il Testo Unico 2008 *"Sicurezza sul lavoro"*, pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n° 101 in data 30 aprile 2008 ed entrato in vigore il 15 maggio 2008, rappresentava l' *"Attuazione dell'Articolo 1 della Legge 3 agosto 2007, n° 123, in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro".*

L'Articolo 28 del Testo Unico 2008 pone l'attenzione anche ai rischi riguardanti lo *stress lavoro-correlato*. In riferimento a questo argomento, l'Articolo 28 cita esplicitamente l'Accordo Europeo dell'8 ottobre 2004, siglato a Bruxelles tra Confindustria Europea (UNICE), Associazione Europea Artigianato e PMI (UEAPME), Associazione Europea delle Imprese partecipate dal pubblico e di interesse economico generale (CEEP) e Sindacato Europeo (CES).
Detto accordo ha riconosciuto quanto lo stress possa interessare qualsiasi lavoratore in qualunque luogo di lavoro, indipendentemente dal settore di attività lavorativa, dalla tipologia del rapporto di lavoro instaurato, dalla dimensione dell'azienda lavorativa; lo *stress* può manifestarsi sotto forma di malessere, di disfunzioni fisiche, sociali e psicologiche, e la sua manifestazione può scaturire da diversi elementi, che possono essere inerenti alla tipologia del lavoro eseguito, la sua organizzazione, l'ambiente di lavoro e la presenza di una scarsa comunicazione al suo interno.
Questo fattore di rischio, lo stress (capitolo 1.1) appunto, avrà bisogno di un'analisi specifica, dettagliata ed approfondita, che riguarderà gli elementi inerenti al lavoro sopra citati; al di là delle responsabilità, derivanti dall'inosservanza di dette misure di prevenzione, le conseguenze più gravi riguarderanno comunque in prima persona il lavoratore stesso, che dovrà successivamente essere messo in condizione di superare l'eventuale disagio subìto.
Con il Testo Unico 2008, inoltre, le aziende in Italia sono tenute a valutare l'eventuale presenza del Rischio Psicosociale, definito pure con il termine di *stress lavoro-correlato*, e definiti in letteratura come *"quegli aspetti relativi alla progettazione, organizzazione e gestione del lavoro, nonché ai rispettivi contesti ambientali e sociali che dispongono del potenziale*

per dar luogo a danni di tipo fisico, sociale e psicologico". Diverse situazioni cosiddette stressogene possono rappresentare, per i lavoratori, un concreto rischio per la loro sicurezza sia fisica che legata al loro malessere psico-sociale ed emozionale.
Grazie all'introduzione legislativa del *Rischio Psicosociale* si è quindi delineata una prospettiva nella quale si riesce ad individuare una forte correlazione tra la *Qualità del lavoro*, la *Prevenzione* e la *Sicurezza* all'interno delle attività lavorative; grazie ad alcuni riferimenti legislativi citati nel Testo Unico 2008, la *salute* viene sempre di più considerata e trattata sia da un punto di vista *biologico*, che *sociale,* che *psichico*, che *emozionale*.
Giuridicamente, la Legge afferma che tutti i Datori di lavoro debbano avere l'obbligo di individuare e controllare lo stress legato a qualsivoglia attività lavorativa, al pari di qualsiasi altra tipologia di rischio, sia per la salute che per la sicurezza, oltre ad effettuare con regolarità delle "Valutazioni dei rischi sui luoghi di lavoro".

THE NURSING STRESS SCALE: DEVELOPMENT OF AN ISTRUMENT [3]

Malgrado la crescente attenzione in merito allo stress vissuto da personale infermieristico che lavora in ambito ospedaliero e dei suoi effetti sul burnout, la soddisfazione professionale, cambiamenti, e la cura del paziente, esistono pochi strumenti che possono essere utilizzati per misurare lo stress. Questo articolo descrive lo sviluppo di uno strumento, la scala dello stress Nursing (NSS).
Si compone di 34 items che descrivono situazioni che sono state identificate come causa di stress per gli infermieri nell'esercizio delle loro funzioni.
Esso fornisce un punteggio totale allo stress percepito e differenti punteggi a ciascuna delle sette sottoscale che misurano la frequenza di stress sperimentato da infermieri in ambito ospedaliero.
La scala di stress Nursing è stata somministrata a 70 infermieri su cinque unità operative. L'analisi dei fattori indica sette principali fonti di stress che appartengono strettamente a categorie concettuali su cui si fonda la scala.
L'affidabilità del test è garantita da quattro misure di coerenza interna e indicano la Scala di stress infermieristica e le sue sette sottoscale come affidabili.
La validità è stata determinata correlando il punteggio totale della scala Nursing stress con la misurazione di ansia, del turnover del personale, la soddisfazione sul lavoro, ipotizzandone una correlazione con la presenza di stress. Inoltre, la capacità della scala di adattarsi a differenti gruppi infermieristici e diverse realtà ospedaliere ha dato modo di connotare la considerevole presenza di stress causato dal turnover nel personale considerato.

2.2 La Nursing Stress Scale

La Nursing Stress Scale scala riuniva i 34 items in 6 gruppi:
- Morte del Paziente
- Conflitto con parenti e pazienti
- Inadeguata preparazione
- Possibilità e opportunità di supporto emotivo
- Conflitti con altri infermieri
- Carico di lavoro

Essa consente all' utilizzatore di questo strumento di disporre di una visione olistica dei problemi e delle fonti di stress che vengono a crearsi nel contesto delle terapie intensive, nel quotidiano confronto tra infermieri ed equipe sanitaria ma anche nei confronti dei degenti ricoverati.
La scala utilizzata non considera età, sesso, anni di anzianità di servizio, ne tantomeno implica un vincolo di somministrazione verso la struttura (non indicazione alla quantità di letti appartenenti all U.o di terapia intensiva) e alla tipologia di quest'ultima (Rianimazione-Stroke Unit-Terapia Intensiva Cardiovascolare).
Lo strumento da me utilizzato è di rapida consultazione di veloce compilazione e facile interpretazione, inoltre in solo 34 items vengono raggruppate molteplici fattispecie.
Il percorso da me seguito nell'ambito della ricerca, ha preso in considerazione come valido supporto l'utilizzo delle banche dati online.
Partendo dal "circuito" SBBL attraverso Pub-Med Med-Line, la Cochrane Library, mi è stato possibile ricercare articoli scientifici e pubblicazioni che tenessero in considerazione lo stress all'interno delle strutture sanitarie in particolar modo del personale infermieristico.
Molteplici sono stati i risultati anche se la maggior parte delle pubblicazioni e delle revisioni riguardavano soprattutto il bornout e non lo stress.
È per questo motivo che la mia ricerca si è spinta sino alla ricerca di strumenti mirati al riconoscimento dei fattori di stress e al quantificare quanto i professionisti possano essere stressati. La consultazione di letteratura scientifica mi ha consentito di ottenere un modello universale per organizzare raccogliere valutare e validare i dati raccolti.
Versione Originale: Nursing Stress Scale[4] (vedi tab. 1).

TABELLA 1.4
QUESTIONARIO: Sotto, riporto il questionario somministrato a 70 infermieri che lavorano nelle aree di terapia intensiva dell'ospedale S Anna Como tradotto dall'originale dallo Scrivente.

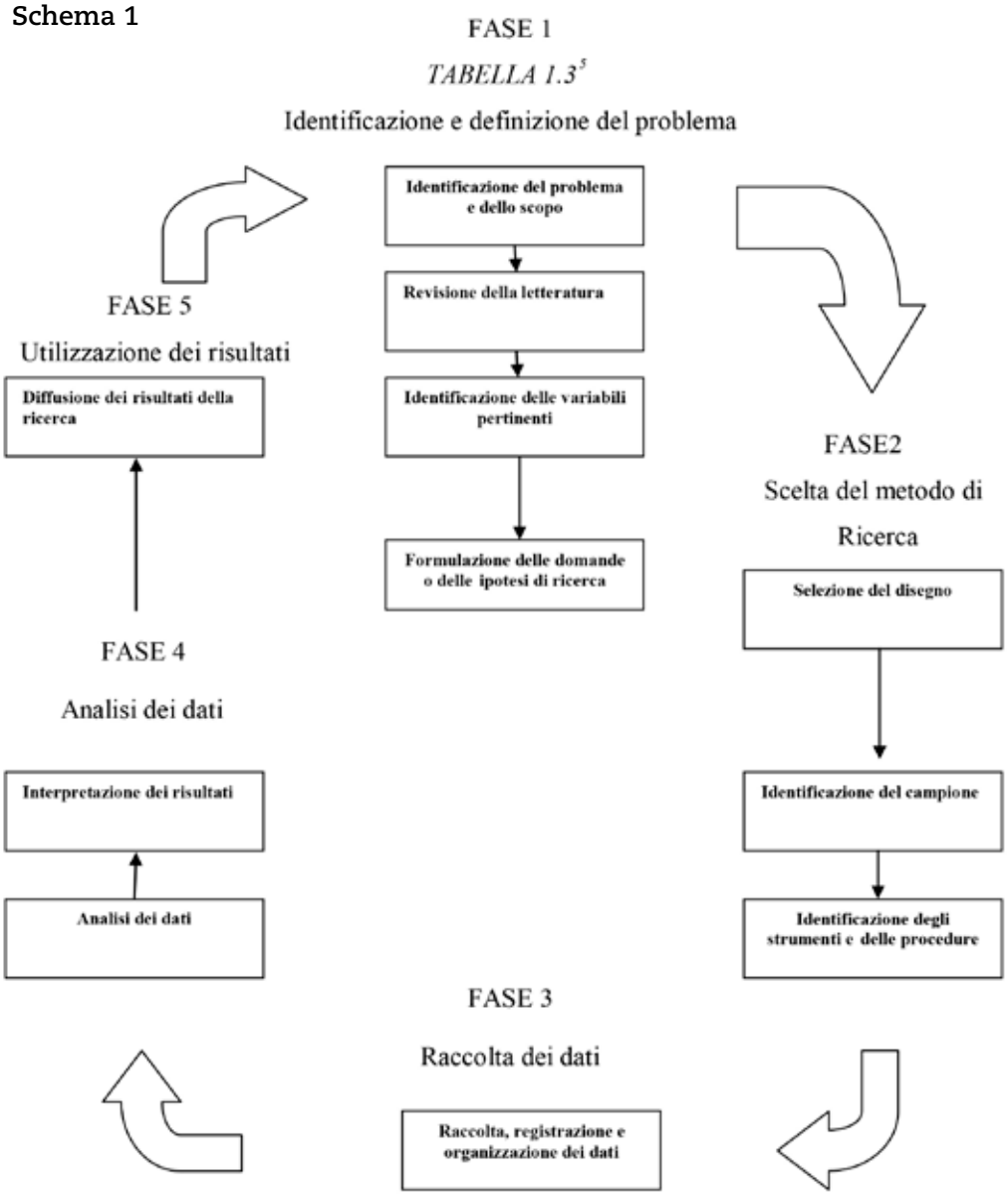
LA SOMMINISTRAZIONE DELLA NURSING STRESS SCALE IN INTENSIVE CARE UNIT

Il processo di ricerca

Il processo di ricerca sopra-

3 JOURNAL OF BEHAVIORAL ASSESMENT MARCH 1981, VOLUME 3, ISSUE1,PP 11-23
Pamela Gray-Toft, James G.Anderson
4 JOURNAL OF BEHAVIORAL ASSESMENT MARCH 1981, VOLUME 3, ISSUE1,PP 11-23
Pamela Gray-Toft, James G.Anderson

Schema 1



citato è stato seguito passo passo nella stesura del lavoro.
In esso si possono distinguere cinque fasi standard:

1. Identificazione e definizione del problema
2. Scelta del metodo di ricerca
3. Raccolta dei dati
4. Analisi dei dati
5. Utilizzazione dei risultati

Nello schema 1 viene descritto il processo di ricerca.

La ricerca è stata eseguita proprio seguendo lo schema prefissato analizzando le cinque fasi.

5.1. identificazione e definizione del problema:
Il nostro studio di ricerca ha individuato come problema la continua manifestazione di stress del personale in terapia intensiva (ciò emerge dalla lettura di articoli di riviste specializzate, letteratura scientifica ed esperienze dirette).L' Obiettivo della ricerca invece riguarda la possibilità e la capacità del coordinatore infermiere di rilevare precocemente lo stress e prevenirlo.

5.2. scelta del metodo di ricerca:
La ricerca è stata condotta secondo approcio quantitativo con studio non sperimentale di tipo descrittivo, quindi selezionando un campione di professionisti appartenenti strettamente al campo della nostra ricerca, quindi infermieri. Lo strumento per la raccolta dei dati è stato individuato attraverso la ricerca sulle banche dati on-line inserendo come parole chiave: *nursing stress, staff bournout, anxiety, job satisfaction, turnover, stress in intensive care unit*.

5.3. raccolta dei dati:
La raccolta dati è avvenuta somministrando nel periodo compreso tra novembre 2012 e gennaio 2013 il questionario a 70 infermieri della terapia intensiva dell' Ospedale S.Anna Como.

5.4.analisi dei dati:
I dati sono stati analizzati considerando come variabili i fattori Mai, Occasionalmente, Frequentemente, Estremamente e assegnando un diverso punteggio ad ognuna di esse da 0 a 4, ciò ha reso possibile ottenere elaborazioni numeriche e percentuali in merito alla rilevazione e alla successiva rielaborazione dei dati ottenuti.Il campione considerato riguarda 70 infermieri delle terapie intensive dell' Ospedale S.Anna Como (tra cui Terapia intensiva cardiovascolare, Rianimazione, E terapia intensiva neurochirurgica).

5.5 utilizzazione dei risultati:
I risultati saranno poi diffusi presso la struttura sanitaria di appartenenza e verranno comunicati al coordinatore infermieristico afferente alle terapie intensive.Lo scrivente mira a mettere a disposizione

5 James A.Fain: La ricerca infermieristica 2° edizione, Giugno 2004.

Nursing Stress Scale

Table I. Items and Item Statistics for the Nursing Stress Scale[a]

	Item	Mean	SD	Item correlation with Total scale score	Item correlation with Subscale score
	Factor I: Death and dying				
3	Performing procedures that patients experience as painful	2.44	0.71	0.41	0.45
4	Feeling helpless in the case of a patient who fails to improve	2.41	0.69	0.42	0.51
6	Listening or talking to a patient about his/her approaching death	2.23	0.75	0.39	0.51
8	The death of a patient	2.26	0.62	0.25	0.60
12	The death of a patient with whom you developed a close relationship	2.26	0.73	0.37	0.48
13	Physician not being present when a patient dies	1.88	0.96	0.15	0.36
21	Watching a patient suffer	2.81	0.76	0.45	0.56
	Factor II: Conflict with physicians				
2	Criticism by a physician	2.12	0.76	0.51	0.49
9	Conflict with a physician	1.75	0.70	0.55	0.54
10	Fear of making a mistake in treating a patient	2.03	0.69	0.28	0.33
14	Disagreement concerning the treatment of a patient	2.02	0.61	0.49	0.40
19	Making a decision concerning a patient when the physician is unavailable	1.84	0.80	0.42	0.44
	Factor III: Inadequate preparation				
15	Feeling inadequately prepared to help with the emotional needs of a patient's family	2.25	0.70	0.47	0.57
18	Being asked a question by a patient for which I do not have a satisfactory answer	2.21	0.62	0.27	0.48
23	Feeling inadequately prepared to help with the emotional needs of a patient	2.22	0.58	0.48	0.70
	Factor IV: Lack of support				
7	Lack of an opportunity to talk openly with other unit personnel about problems on the unit	2.13	0.86	0.44	0.42
11	Lack of an opportunity to share experiences and feelings with other personnel on the unit	1.83	0.68	0.29	0.58
16	Lack of an opportunity to express to other personnel on the unit my negative feelings toward patients	1.70	0.64	0.33	0.38
	Factor V: Conflict with other nurses				
5	Conflict with a supervisor	1.66	0.64	0.41	0.43
20	Floating to other units that are short-staffed	2.44	1.07	0.29	0.39
22	Difficulty in working with a particular nurse (or nurses) outside the unit	1.77	0.68	0.42	0.48
24	Criticism by a supervisor	1.86	0.72	0.53	0.47
29	Difficulty in working with a particular nurse (or nurses) on the unit	2.03	0.75	0.40	0.50

Table I. Continued.

		Mean	SD	Item correlation with Total scale score	Item correlation with Subscale score
	Factor VI: Work load				
1	Breakdown of computer	3.23	0.86	0.30	0.38
25	Unpredictable staffing and scheduling	2.97	0.87	0.52	0.52
27	Too many nonnursing tasks required, such as clerical work	2.22	0.95	0.53	0.56
28	Not enough time to provide emotional support to a patient	2.83	0.80	0.39	0.53
30	Not enough time to complete all of my nursing tasks	2.52	0.80	0.47	0.58
34	Not enough staff to adequately cover the unit	3.20	0.81	0.39	0.55
	Factor VII: Uncertainty concerning treatment				
17	Inadequate information from a physician regarding the medical condition of a patient	2.09	0.75	0.51	0.57
26	A physician ordering what appears to be inappropriate treatment for a patient	2.02	0.63	0.50	0.57
31	A physician not being present in a medical emergency	2.15	0.81	0.62	0.69
32	Not knowing what a patient or a patient's family ought to be told about the patient's condition and its treatment	2.31	0.81	0.41	0.58
33	Uncertainty regarding the operation and functioning of specialized equipment	2.06	0.64	0.39	0.49

[a]Item correlations with the total scale score and the subscale score are item-remainder correlations.

attraverso pubblicazione il proprio lavoro di ricerca su riviste scientifiche specializzate.
Gli incombenti e crescenti cambiamenti avvenuti nel processo di globalizzazione hanno definito il modo di modelli di vita e di salute-malattia, causando anche una forte influenza nella struttura di lavoro
Questi nuovi modelli, in un contesto globale, hanno portato preoccupazioni e da qui i fattore di stress, guadagnandosi un posto distinto nella ricerca sulla possibilità di ammalarsi durante il lavoro.
Sebbene la risposta dell'organismo allo stress sia ben compresa, è necessario comprendere il ruolo dell'individuo, con la valutazione del soggetto, e delle sollecitazioni che agiscono su di esso.
Diverse indagini sulla salute del lavoratore definiscono lo stress come il risultato di stanchezza emotiva, mancanza di controllo in situazioni di lavoro altamente esigenti, sensazioni di sforzo, fatica
Stress sul lavoro in ambito sanitario è associato a situazioni specifiche, come ad esempio problemi con i colleghi, l'ambiguità e conflitti di funzione, rientri frequenti, la pressione da parte di superiori in base alla percezione dell'individuo e trasformazioni subite nel contesto dell'occupazione. Queste situazioni possono essere importanti fonti di stress.
Tra questi, l'infermiere non è esente dalle conseguenze dello stress sul lavoro, mostrando problemi quali l'insoddisfazione lavorativa, la sindrome di burnout, e l'assenteismo.
La professione infermieristica si espleta per lo più in ambienti ospedalieri, chiedendo un maggiore coinvolgimento del professionista.
I Pazienti ricoverati mostrano molta sofferenza a causa della lontananza da casa dalle proprie abitudini creando un sovraccarico emotivo.
Spetta agli infermieri fornire conforto necessario al recupero della serenità smarrita dal paziente.
Pertanto, il professioniste è in costante contatto con la sofferenza, il dolore, la disperazione, irritabilità, e altre reazioni che i pazienti possono avere a causa della loro situazione difficile.
Nel contesto ospedaliero, le unità di terapia intensiva sono già stati al centro di numerosi studi di ricerca relativi allo stress infermieri '. E 'noto che questo settore in ospedale ha il compito di prendersi cura di pazienti in uno stato acuto o critico, ma all'interno di queste unità operative, i pazienti necessitano di alta specialità, assistenza permanente da parte medica ed infermieristica.
I pazienti hanno funzioni vitali instabili, che hanno necessità di il supporto di attrezzature speciali per il trattamento e la diagnosi
Pertanto, gli infermieri che lavorano nelle unità in questione sono tenuti ad avere precise conoscenze scientifiche, di essere a conoscenza dei cambiamenti tecnici e tecnologici, e di essere altamente specializzati. Questo può essere il motivo per cui le prime indagini sullo stress infermieristico, hanno avuto luogo nel 1960, e sono state realizzate in gran parte in unità di terapia intensiva.
In un ambiente di lavoro limitato, con illuminazione artificiale, aria condizionata,, continue richieste da parte di superiori, azioni e prestazioni altamente specializzate, mancanza di risorse umane, apparecchiature rumorose e sofisticate, e la possibilità di trovarsi di

6 Elpern EH, Covert B, Kleinpell R). Moral distress of staff nurses in a medical intensive care unit. Am J Crit Care 2005; 14(6): 523-530

Tabella 1.4

FATTORI DI STRESS	MAI	OCCASIONAL-MENTE	FREQUENTEMENTE	ESTREMAMENTE
esescuzione di procedure dolorose per il paziente	0	1	2	3
frequenti interruzioni nell'esercizio della professione	0	1	2	3
sentirsi impotente di fronte al dolore del paziente	0	1	2	3
parlare con un paziente consapevole della sua prognosi infausta	0	1	2	3
non essere in grado di comprendere le richieste di un paziente	0	1	2	3
la morte del paziente	0	1	2	3
problemi a rapportarsi con uno o piu medici	0	1	2	3
timore di commettere errori nel trattamento del paziente	0	1	2	3
non avere la possibilità di confrontarsi con altri colleghi	0	1	2	3
morte di un paziente con parentela o anoi caro.	0	1	2	3
assenza del medico durante la morte del paziente	0	1	2	3
disaccordo sul piano di cura del paziente e le procedure	0	1	2	3
sentire di non essere preparato ad assistere emotivamente i famigliari della persona ricoverata	0	1	2	3
venire a conoscenza di problematiche personali della persona	0	1	2	3
non ricevere informazioni necessarie/sufficienti sull'assistito dallo staff mesico	0	1	2	3
non essere in grado di rispondere alle domande del pz	0	1	2	3
prendere decisioni quando il medico non e presente	0	1	2	3
non poter assistere il paziente correttamente perche consapevoli della mancanza di personale e risorse	0	1	2	3
sentirsi emotivamente impreparati	0	1	2	3
critica del coordinatore e/o superiore	0	1	2	3
cambiamento improvviso e repentino dell'equipe di lavoro	0	1	2	3
critica da parte di un medico	0	1	2	3
inappropriatezza di una prescrizione medica	0	1	2	3
presenza di molteplici pratiche burocratiche	0	1	2	3
difficoltà a lavorare con i colleghi in equipe	0	1	2	3
non avere abbastanza tempo per esaurire le attività preposte	0	1	2	3
assenza del personale medico durante emergenza	0	1	2	3
non essre in grado di rapportarmi con i parenti durante la comunicazione di exitus	0	1	2	3
il trattamento dei colleghi nei miei confronti	0	1	2	3
problemi con il coordinatore	0	1	2	3
impotenza di forente al declino di un paziente che non migliora nonostante le nostre cure.	0	1	2	3
vedere un paziente che soffre	0	1	2	3
trovarsi di fronte a macchinari di nuova generazione dei quali non conosciamo il funzionamento	0	1	2	3
personale non in numero adeguato per coprire i turni	0	1	2	3

fronte spesso a morte e dolore si creano i presupposti per condizini lavorative no appropriate che possono causare patologie da stress correlato quali sbalzi d'umore, allergie, mal di testa, ansia e, altri sintomi molto più gravi.

Gli autori tendono a concordare che l'assistenza infermieristica è, tra le occupazioni, più stressanti[6]. Nel trattamento di pazienti critici, è anche considerato faticoso, lo svolgersi di continue attività vitali per il paziente sia di giorno che di notte.

Di fronte a queste indagini, il presente studio è stato condotto con l'obiettivo di identificare la presenza di stress negli infermieri che lavorano nei reparti di terapia intensiva, di individuare gli agenti di stress e di prevenire capirne i sintomi associati

Il tutto attraverso la correlazione tra la presenza di stress, fonti di stress e dei sintomi evidenziati dagli infermieri. La scelta di somministrare un questionario ad infermieri della terapia intensiva nasce dall' esigenza di concretizzare in maniera scientifica e non empirica la quantità di stress percepita durante un turno lavorativo.

La terapia intensiva è considerata l'ambiente ospedaliero a più alto livello di stress a causa della molteplicità di patologie che afferiscono e all' altà intensità di cure prestate (vista la criticità del malato ricoverato).

La curiosità, la voglia di capire e addentrarmi all' interno di questo importante argomento mi ha portato ad individuare uno strumento idoneo alla raccolta di dati

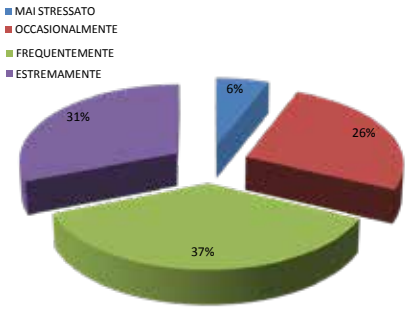
ADESIONE DEGLI INFERMIERI ALLA RICERCA

Grafico 1. Totale

Grafico 2. Terapie intensive

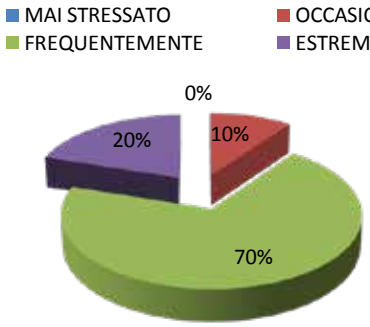
ELABORAZIONE RISULTATI

Grafico 3. Percezione dello stress

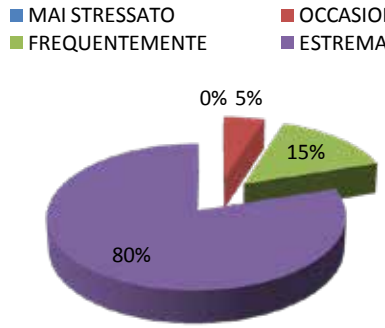


ANALISI DEI RISULTATI OTTENUTI

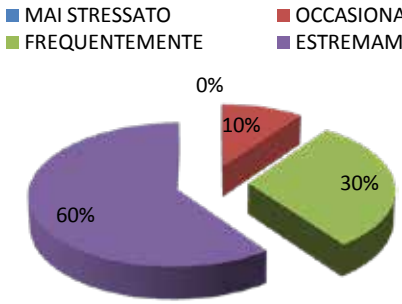
1. Esecuzione procedure dolorose per il paziente



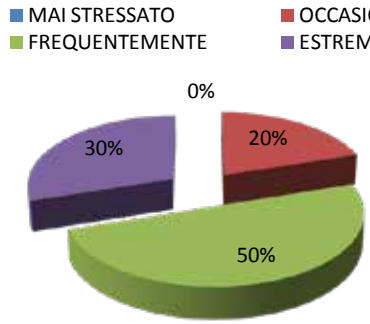
2. Frequenti interruzioni nell'esercizio della professione



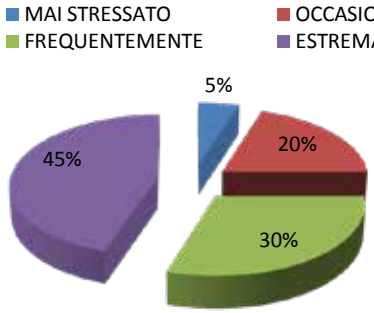
3. Sentirsi impotenti di fronte al dolore del paziente



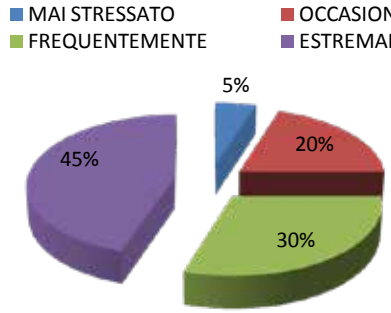
4. Parlare con un paziente consapevole della sua prognosi infausta



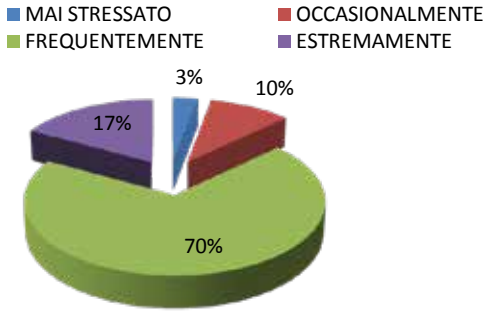
5. Non essere in grado di comprendere le richieste di un paziente



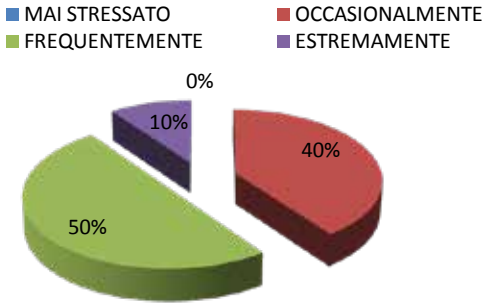
6. La morte del paziente



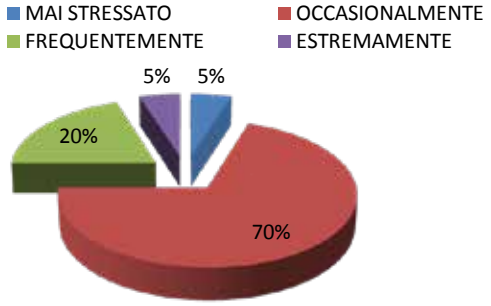
7. Problemi a rapportarsi con uno o piu medici



8. Timore di commettere errori nel trattamento del paziente

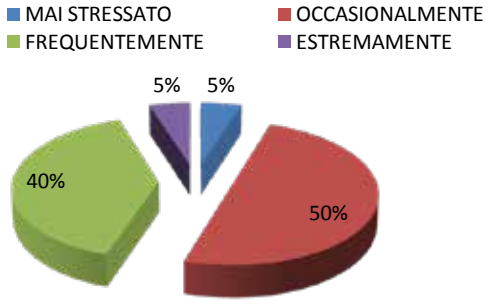


9. Non avere la possibilità di rapportarsi con in colleghi

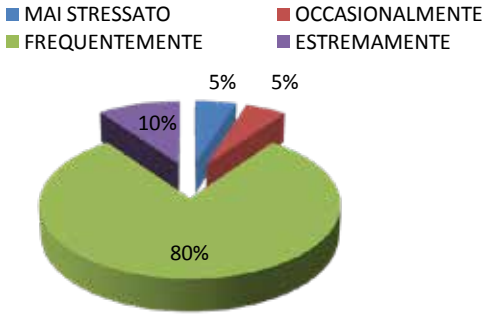


10. Morte di un paziente con parentela o a noi caro

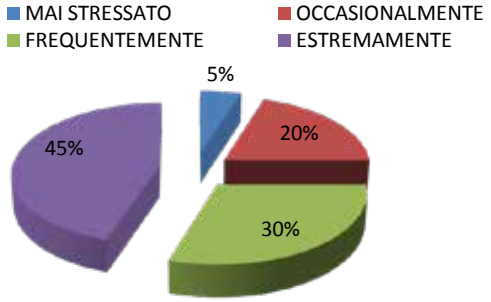
13. Assenza del medico durante la morte del paziente



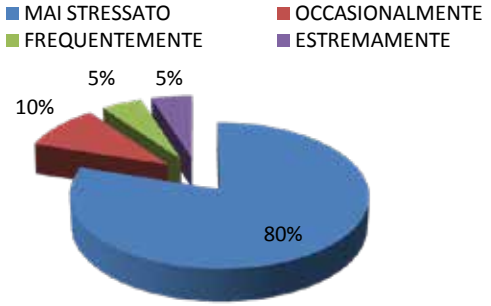
12. Disaccordo su piano di cura del paziente e procedure



13. Sentire di non essere preparato ad assistere emotivamente i famigliari del ricoverato



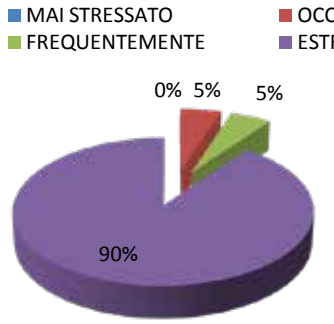
14. Venire a conoscenza di problematiche personali della persona



17. Non ricevere informazioni necessarie/sufficienti sull' assistito dallo staff medico

16. Non essere in grado di rispondere alle domande del paziente

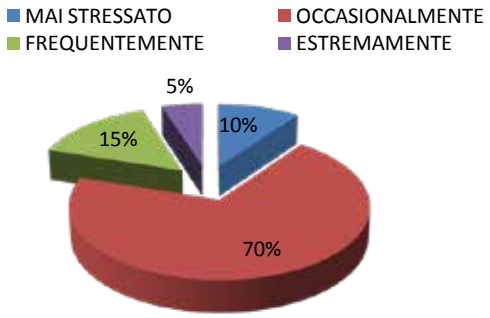
17. Prendere decisioni quando il medico non è presente



18. Non poter assistere il paziente correttamente per mancanza di risorse

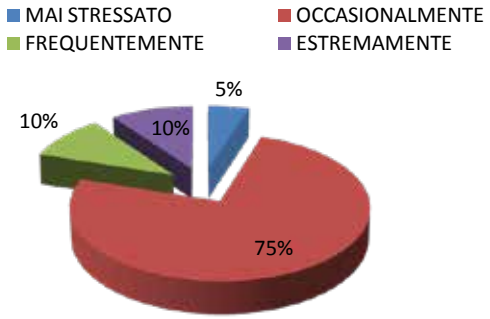
19. Sentirsi emotivamente impreparati

20. Critica del coordinatore e/o superiore

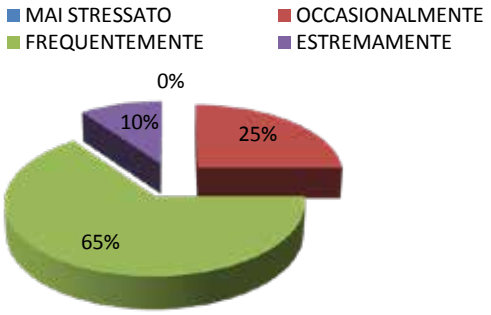


21. Cambiamento improvviso e repentino dell'equipe

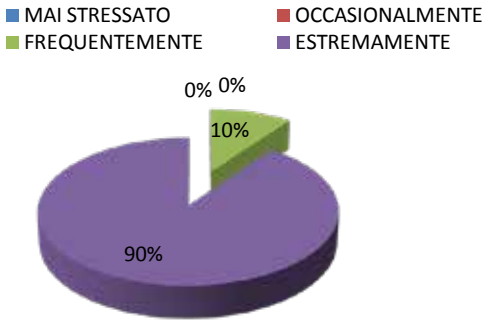
22. Critica da parte del medico



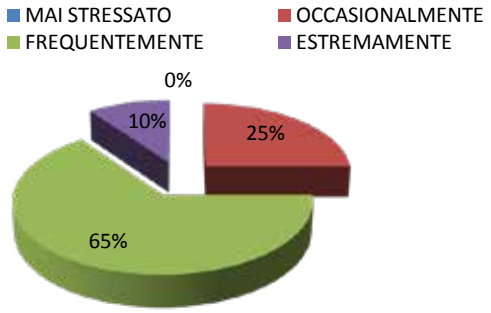
23. Inappropriatezza di una prescrizione medica



24. Presenza di molteplici pratiche burocratiche

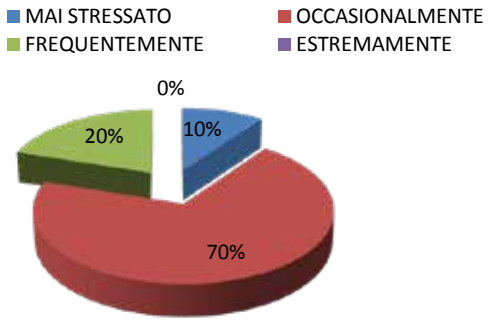


25. Difficoltà a lavorare con i colleghi in equipe

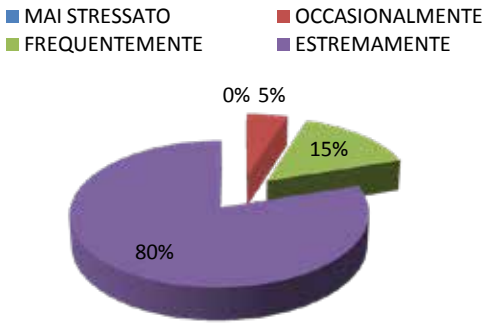


26. Non avere abbastanza tempo per esaurire le attività preposte

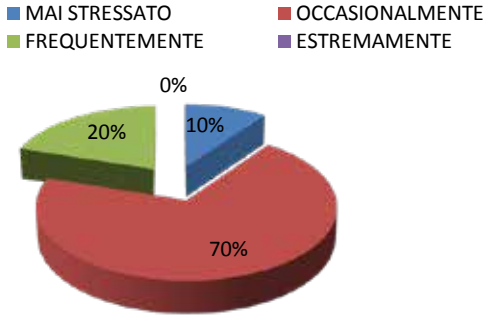
27. Assenza del personale medico durante emergenza



28. Non essere in grado di rapportarmi con i parenti durante la comunicazione di exitus



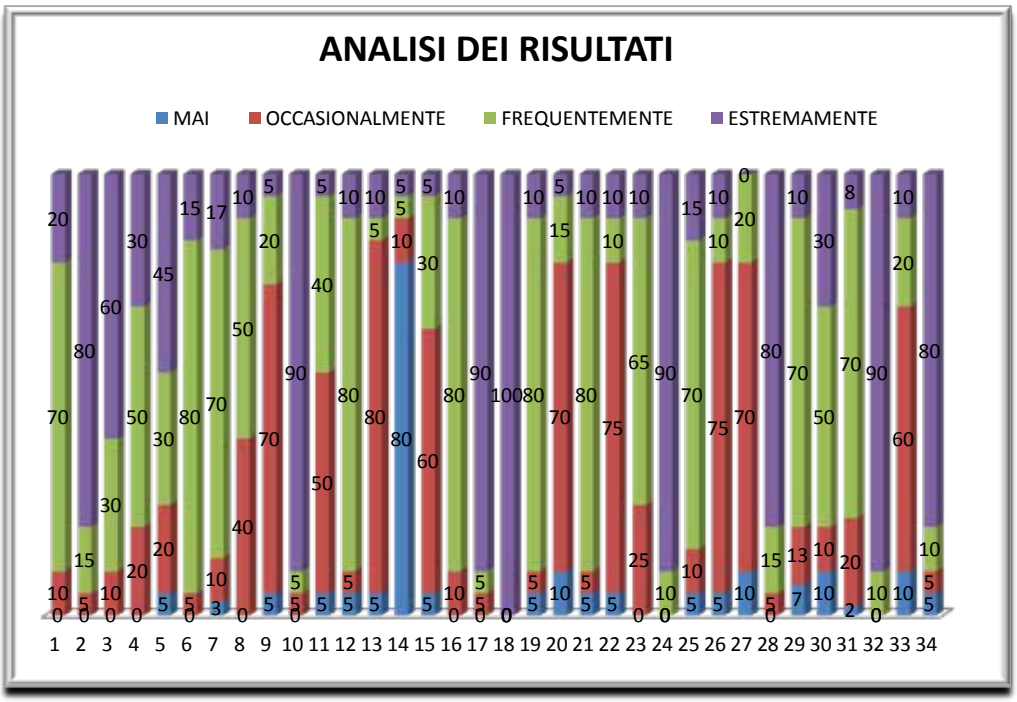
29. Il trattamento dei colleghi nei miei confronti



30. Problemi con il coordinatore

che fossero il più possibili attinenti alla realtà quotidiana.
Grazie alla possibilità e alla collaborazione datami dall'Azienda Ospedaliera: Ospedale S. Anna Como dal Sitra dal coordinatore infermieristico e dalla collaborazione di colleghi infermieri è stato possibile sviluppare questo progetto di ricerca. Il questionario è frutto di ricerca sulle banche dati on line e dalla scernita dello strumento più adatto e più semplice ma soprattutto più indicativo e specifico per le terapie intensive. Esso è stato sviluppato e tradotto fedelmente dall'originale, riportato una breve presentazione che ne esplicava lo scopo e la modalità di compilazione non che il fine. Attraverso i riscontri diretti e non solo dall' analisi dello strumento ho potuto notare che l'argomento diviene fonte di riflessione e spunto di dialogo tra i professionisti infermieri che spesso, incuriositi cercano di ottenere un resoconto globale di quale possa essere la situazione di stress all' interno della propria unità Operativa. La somministrazione del questionario è avvenuto all' interno dell' Azienda Ospedaliera S. Anna Como in particolare nei reparti di terapia intensiva.
Il grafico A rappresenta sulle ascisse (da 1 a 34) gli items del questionario, mentre le ordinate la percentuale di stress percepito suddivisa in mai, occasionalmente, frequentemente, estremamente.

Grafico A



CONCLUSIONI

La capacità di gestire lo stress sul posto di lavoro può non solo migliorare la salute fisica ed emotiva, ma anche fare la differenza tra il successo o il fallimento. Le emozioni sono contagiose e lo stress ha un impatto fondamentale sulla qualità della vita e delle interazioni con gli altri. Un infermiere sottoposto a stress sul posto di lavoro, senza un adeguato supporto psicologico e senza un adeguato confronto con gli altri rischia giorno per giorno di imbattersi nel fantomatico ma non meno reale bornout. La corretta gestione dello stress invece influenza positivamente coloro che ci circondano dando spazio al confronto e migliorando nettamente la qualità non solo della vita personale ma anche professionale.
È per questo motivo che l'obiettivo della nostra tesi mira a riconoscere precocemente lo stress in modo da evitare che questo possa crescere e sostituirsi al benessere emotivo dell' infermiere che lavora in contesti altamente intensivi come l'area critica. La gestione del personale è una variabile fondamentale della funzione organizzativa. Nel ruolo di leader rientra la capacità di influenzare e non di "manipolare" il comportamento delle persone.
Il coordinatore non è solo leader, egli dovrà essere leader positivo e il principale attore nel prevenire lo STRESS all'interno dell'area da lui coordinata.
La variabile umana, le persone ed il loro vissuto son il terreno su cui il coordinatore deve lavorare.
Le persone come già ampiamente detto sono fatte di emozioni e la cultura delle organizzazioni influenza ed è costantemente influenzata dalle emozioni.
La presa di visione di questi aspetti comporta una gestione migliore delle conflittualità e delle resistenze che ne derivano.
Le realtà delle terapie intensive, fatte quotidianamente da sofferenza, dolore e difficili rapporti con la parentela del paziente rappresenta spesso momento di tensione e disagio, ciò che non è permesso all' infermiere è avere tempo, per riflettere sulle proprie emozioni e quelle delle persone che lo circondano. Diverse indagini sulla salute del lavoratore definiscono lo stress come il risultato di stanchezza emotiva, mancanza di controllo in situazioni di lavoro altamente esigenti, sensazioni di sforzo, fatica.
Stress sul lavoro in ambito sanitario è associato a situazioni specifiche, come ad esempio problemi con i colleghi, l'ambiguità e conflitti di funzione, rientri frequenti, la pressione da parte di superiori in base alla percezione dell'individuo e trasformazioni subite nel contesto dell'occupazione. Queste situazioni possono essere importanti fonti di stress. Tra questi, l'infermiere non è esente dalle conseguen-

ze dello stress sul lavoro, mostrando problemi quali l'insoddisfazione lavorativa, la sindrome di burnout, e l'assenteismo.
Proponendoci di ricavare dalla letteratura scientifica specifici strumenti che possano essere adattati e riproposti con cadenza regolare per misurare la quantità di stress del personale, abbiamo preso in considerazione plurime scale che però non si adattavano perfettamente alla situazione tipo della terapia intensiva, oppure non erano esclusivamente rivolte ad un campione di infermieri.
La scala che più si adatta al contesto di stress infermieristico in terapia intensiva è la NURSING STRESS SCALE.
La Nursing Stress Scale scala riuniva i 34 items in 6 gruppi:

- Morte del Paziente
- Conflitto con parenti e pazienti
- Inadeguata preparazione.
- Possibilità e opportunità di supporto emotivo.
- Conflitti con altri infermieri.
- Carico di lavoro.

Essa consente all' utilizzatore di questo strumento di disporre di una visione olistica dei problemi e delle fonti di stress che vengono a crearsi nel contesto delle terapie intensive, nel quotidiano confronto tra infermieri ed equipe sanitaria ma anche nei confronti dei degenti ricoverati.
La scala utilizzata non considera età, sesso, anni di anzianità di servizio, ne tantomeno implica un vincolo di somministrazione verso la struttura (non indicazione alla quantità di letti appartenenti all U.o di terapia intensiva) e alla tipologia di quest'ultima (Rianimazione-Stroke Unit-Terapia Intensiva Cardiovascolare).
Lo strumento da me utilizzato è di rapida consultazione di veloce compilazione e facile interpretazione, inoltre in solo 34 items vengono raggruppate molteplici fattispecie.
La nostra ricerca ha messo in evidenza che il livello di stress nei confronti del personale infermieristico ricopre un volume esteso ma soprattutto che questo disagio coinvolge svariati stadi emozionali e lavorativi.
I fattori che più emergono, e quali difficoltà rappresentano:

- Avere a che fare con le responsabilità elevate, lì'organizzazione pratica del lavoro intesa quale spazio, risorse, comunicazione, cura di pazienti con patologie terminali, scarsità feedback dal lavoro.
- Natura dell'impegno lavorativo (contatti con parenti e pazienti, fatica fisica, alti livelli di difficoltà e complessità gestionale).
- Difficoltà nella gestione dei carichi di lavoro.
- Imprevedibilità sul lavoro (numero pazienti, complessità assistenziale, disponibilità risorse).
- Spazio non appropriato.
- Risorse umane inadeguate
- Problemi di comunicazione e formazione.
- Alti livelli di stress.
- Inadeguatezza assistenziale e accanimento terapeutico.
- Insicurezza del lavoro medica (giovani medici inesperti).
- Scarsità feedback.

Spesso alcune situazioni, banalmente, appartengono alla sfera della burocrazia e dell'organizzazione del reparto.Cio fa riflettere e capire quanto spesso la corretta gestione di un U.O possa incidere sul benessere dell' equipe di lavoro.
Negli ambienti di lavoro si crea un ambiente di interdipendenza tra infermieri e dirigenti, essi sono co-responsabili dell'ambiente corporativo dell'organizzazione. L'infermiere ha facoltà di negoziare con il dirigente programmi di formazione nel suo campo di specialità, così come è responsabilità del dirigente provvedere allo sviluppo di programmi per lo staff. Il coordinatore infermieristico, attraverso le sue competenze funge da tramite tra il gruppo infermieristico e la dirigenza, manifestando ad entrambe i livelli disagi e opinioni nell' interesse del benessere e dell' equilibrio della propria U.O.
Il proposito di questo lavoro, mira a mettere a disposizione del coordinatore infermieristico (punto di riferimento e cardine dell' U.O) uno strumento valido e riproponibile.
Attraverso la ripetizione anche semestrale del questionario, è infatti possibile riscontrare quali possono essere i fattori che mano a mano conducono il professionista a stress.
Il coordinatore infermieristico sarà così in grado di attuare precisi interventi mirati alla diminuzione dello stress ma soprattutto alla prevenzione di quest'ultimo.

Un programma che il coordinatore deve promulgare è sicuramente la rilevazione della diffusione del fenomeno, dei suoi effetti nel breve, nel medio e nel lungo termine ma anche valutare i costi nei tre livelli ossia quello delle persone considerate, della struttura di lavoro e quello della collettività.
Alla base della prevenzione vi è una corretta conoscenza.

È quindi necessario, al fine di prevenire l'insorgenza dello stress apportare semplici cambiamenti privi di costo e comunque a costi contenuti, agli assetti

organizzativie/o al contenuto del lavoro.

Alcuni mezzi di prevenzione sono rappresentate da innovazioni partecipative tendenti a:

- Aumentare la sua partecipazione nelle dicisioni in merito all'organizzazione del lavoro al quale è adibito.
- Assicurarsi che i compiti a lui affidati siano compatibili con le sue motivazioni e le sue effettive capacità
- Chiarire ove possibile, gli obiettivi perseguiti dalla struttura e/o dall'organizzazione e i valori cui essi sono rivolti.
- Esplicitare agli operatori il ruolo di ciascuno di essi rimarcandone il rilievo nell'intero processo grazie anche alle motivazioni individuali.

Intuitivamente si può ipotizzare che cio no solo inciderebbe positivamente sull'efficacia delle prestazioni, ma conferendo un esplicito apprezzamento PREVENTIVO all 'attività svolta dall' operatore renderebbe l'attività stessa stimolante e gratificante.
Il coordinatore quindi potrebbe.

- Divulgare gli obiettivi scelti
- Contenere gli adempimenti burocratici e routinari a carico dell'operatore.
- Coinvolgere l'operatore nell'attività della struttura anche attraverso incontri periodici.
- Eliminare dall'ambiente di lavoro i fattori di rischio per la salute degli operatori.
- Introdurre incentivi e gratificazioni di natura diversa.
- Formazione permanente degli operatori
- Istituire attività di sostegno/consulenza a favore degli operatori.
- Somministrare periodicamente questionari che analizzino il fenomeno dello stress nella propria U.O. come strumento di prevenzione.

La prevenzione dei fattorti di stress, apparentemente argomento banale, dovrebbe invece rappresentare un fondamentale momento di riflessione per tutti i coordinatori infermieristici.
Il miglioramento della qualità e dell'ambiente lavorativo, della comunicazione tra colleghi,medici e coordinatore stesso, rappresentano i principi cardine del benessere di un unità operativà.
In reparti intensivi come le aree critiche il professionista è chiamato a rispondere in brevissimo tempo a situazioni di criticità estreme in cui il paziente è fortemente in pericolo di vita e quindi si necessitano interventi tempestivi spesso dolorosi e invasivi per il paziente.

È qui che il coordinatore attraverso l'osservazione e l'ascolto deve cercare di comprendere ed intervenire per mediare, evitare e prevenire situazioni di tensione e contrasto.
Solo attraverso l'esperienza, la capacità di rapportarsi con gli altri e l'utilizzo di strumenti scientificamente consolidati (quali questionari etc..) il coordinatore infermieristico può mettersi in gioco per ottenere ciò che in ogni Unità Operativa si ricerca: la serenità.

BIBLIOGRAFIA

- Avallone F., Psicologia del lavoro. Storie, modelli, applicazioni. Carocci, Roma; 2000
- Bellelli G., Sapere e sentire. Liguori, Napoli; 1995
- Borgogni L., Efficacia organizzativa. Il contributo della teoria sociale cognitiva alla conoscenza delle organizzazioni. Guerini Studio, Milano; 2001
- Cannavicci M.,"Trauma psichico: fattori di rischio e fattori protettivi.", Atti delle 1° Giornate di Studio su Gravi Stress, Traumi e Salute, a cura di Maura Sgarro, Ed.Kappa, Roma, 2000.
- Carlo Calamandrei, Annalisa Pennini.La leadership in campo infermieristic, Mc. Graw-hill,Milano; 2008
- Carotenuto A., Il tempo delle emozioni. Bompiani, Milano; 2003
- Cassidy T., Stress e salute. Il Mulino, Bologna; 2002
- Cattarinussi B., Emozioni e sentimenti nella vita sociale. Franco Angeli, Milano; 2002
- Chmiel N., Tecnologia e lavoro. Il Mulino, Bologna; 1998
- Corigliano E., Emozioni al lavoro. Carocci, Roma;2001
- Corley MC. Nurse moral distress: a proposed theory and research agenda. Nurs Ethics. 2002; 9(6): 636-650
- Jameton A. Nursing Practice: The ethical issues. 1984. Prentice-Hall, Englewood Cliffs.
- Corley MC, Minick P, Elswick RK, Jacobs M. Nurse moral distress and ethical work environment. Nurs Ethics. 2005; 12: 381-390
- Deahl, M.," Psychological debriefing: controversy and challenge", Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 34, 929-939, 2000.
- Del Rio G., "Stress e lavoro nei servizi. Sintomi, cause e rimedi del Burnout", NIS, Roma, 1990.
- Dyregrov, A.," The process in critical incident stress debriefings", Journal of Traumatic Stress, 10, 589-605, 1997.
- Elpern EH, Covert B, Kleinpell R). Moral distress of staff nurses in a medical intensive care unit. Am J Crit Care 2005; 14(6): 523-530
- Austin W, Lemermeyer G, Goldberg L, Bergum, V, Johnson M. Moral distress in healthcare professionist. Alberta RN Magazine. 2008; 64: 4-5
- Raines ML. Ethical de-

cision making in nurses. JONA's Healthcare Law, Ethics and Regulation. 2000; 2: 29-41.
- Wilkinson JM. Moral distress in nursing practice: experience and effect. Nurs Forum 1987; 23(1): 16-19
- Cohen JS, Erickson JM. Ethical dilemmas and moral distress in oncology nursing practice. Clin J Oncol Nurs 2006; 10(6): 775-782
- Corley MC, Elswick RK, Gorman M, Clor T. Development and evaluation of a moral distress scale. J Adv Nurs 2001; 33(2): 250
- Maneesriwongul W, Dixon JK. Instrument traslation process: a methods review. J Adv Nurs 2004; 48: 188-196
- Everly G. S. Jr., Flannery, R. B., Eyler, V. A.," Critical Incident Stress Management (CISM): A statistical review of the literature",Psychiatric Quarterly, 73, 171-182,2002.
- Farnè M., Lo Stress. Il Mulino, Bologna; 1999
- Favretto G., Lo stress nelle organizzazioni. Il Mulino, Bologna; 2003
- Fineman S., Emotion in organization. London, Sage;2000
- Goleman D., Intelligenza emotiva. Rizzoli,Milano; 1995
- Lederman L. C., "Il debriefing. Verso una valutazione sistematica di teoria e pratica", in Marcato P., Del Guasta C., "Gioco e dopogioco", La Meridiana, Molfetta, 1997.
- Lombardo C., Cardaci M., Le emozioni. Dalle teorie alle persone. Carocci, Roma; 1998
- Mitchell, J. T. "When disaster strikes. The Critical Incident Stress Debriefing", Journal of Emergency Medical Services, 8, 36-39,1983.
- Raphael B. & Wilson J. P., " Psychological debriefing. Theory, practice and evidence", Cambridge University Press, Cambridge,2000.
- Mitchell, J. T., " The history, status and future of critical incident stress debriefings", Journal of Emergency Medical Services, 13, 47-52,1988.
- Oatley K., Psicologia ed emozioni. Il Mulino, Bologna; 1997
- Quadrio A., Venini L., La comunicazione nei processi sociali e organizzativi. Franco Angeli, Milano,2000
- Santaniello M., "La sindrome del Burnout", Ed. ERIP, Pordenone, 1990.
- Sarchielli G., Riccibitti P.E., "Burnout e stress lavorativo nelle professioni di aiuto", in Trombini G., 1994.
- Sgarro M., Atti del Convegno" Gravi stress, traumi e salute in ambiente ospedaliero", Ed. Kappa, Roma, 2001.
- Tartaglia F., Affetti e Management. UTET, Torino; 1998
- Thiagarajan S., "Usare i giochi nel debriefing",in Marcato P., Del Guasta C., "Gioco edopogioco", La Meridiana, Molfetta 1997.
- Weisinger H., Intelligenza emotiva al lavoro. Bompiani, Milano;1998
- Zucchermaglio C., Psicologia culturale dei gruppi. Carocci, Roma; 2002
- Zuzelo PR. Exploring the moral distress of registered nurses. Nurs Ethics 2007; 14(3):344-59

SITOGRAFIA

http://www.evidencebasednursing.it/
http://www.infermierionline.it/
http://sbbl.it

SPORTELLO COUNSELING PSICOLOGICO

È operativo lo Sportello counseling psicologico, per problematiche di stress lavoro-correlate, burn out, mobbing. Il colloquio verrà fissato direttamente dalla psicologa attraverso una telefonata durante la quale verranno raccolte le prime informazioni. Successivamente, durante il primo incontro con la psicologa, che si terrà presso la sede del Collegio, verrà valutata dalla professionista, la situazione ed il percorso da seguire. La convenzione prevede la presa in carico da parte del Collegio del primo contatto telefonico e della prima seduta con la psicologa. Il primo incontro sarà dunque gratuito a favore degli iscritti del Collegio IPASVI di Como. Per accedere al servizio contatta il collegio inviando una mail a: info@ipasvicomo.it oppure inviando un messaggio attraverso i social.

di Daniela Carollo

ECOGRAFIA PREOSPEDALIERA D'URGENZA ESEGUITA DA PERSONALE INFERMIERISTICO: FUTURO O UTOPIA?

ABSTRACT

Nei Paesi anglosassoni è ormai di indiscutibile utilità e validità l'esecuzione, soprattutto negli eventi traumatici, di una prima ecografia FAST (Focused Assessment with Sonography for Trauma) da parte di personale sanitario non medico che si occupa di soccorso extraospedaliero, per trattare immediatamente situazioni pericolose per la vita e/o indirizzare il paziente nel minor tempo possibile alla struttura più idonea.

In questa tesi analizzerò la fattibilità dell'esecuzione della FAST, nell'ambito dell'emergenza extraospedaliera, da parte degli infermieri presenti sui mezzi di soccorso intermedi in Italia. Da un'analisi della letteratura estera si evince che in molti Paesi è diffusa la FAST eseguita da personale non medico con ottimi risultati. Non emerge però un percorso formativo standardizzato per il personale. Attraverso le poche risposte ad un questionario inviato alle AAT 118 italiane, si è tracciata la diffusione dell'utilizzo dell'ecografo in urgenza da parte dell'infermiere sui Mezzi di Soccorso Intermedi. Dai risultati ottenuti emerge che, in Italia, solo in una realtà l'infermiere esegue la FAST preospedaliera,mentre altre stanno per avviare dei progetti in merito.

Concludendo, quindi, possiamo dire che l'infermiere a bordo dei Mezzi di Soccorso Intermedi potrà eseguire la FAST sul territorio, dopo aver individuato un percorso di formazione standardizzato per poter eseguire questo esame in autonomia o avvalendosi anche della tele-ecografia, migliorando l'assistenza avanzata fornita al paziente.

INTRODUZIONE

Nei Paesi anglosassoni è ormai di indiscutibile utilità e validità l'esecuzione, soprattutto negli eventi traumatici, di una prima ecografia FAST (Focused Assessment with Sonography for Trauma) da parte di personale sanitario non medico che si occupa di soccorso extraospedaliero, per trattare immediatamente situazioni pericolose

per la vita e/o indirizzare il paziente nel minor tempo possibile alla struttura più idonea. Anche in Italia comincia ad affermarsi sempre di più la diffusione dell'ecografia da parte del personale infermieristico in diversi ambiti, soprattutto in area critica, secondo una logica di interazione all'interno del team di soccorso, potenziando la condivisione/sostituzione dei ruoli, per lo meno ai livelli base (Cole,2003). Questa esigenza si impone una volta di più nei soccorsi extraospedalieri, dove risorse umane e tecnologiche sono in genere circoscritte (Storti et al., 2013), ma raramente l'infermiere, in Italia, è in grado e/o messo nelle condizioni di poter eseguire un'ecografia FAST in emergenza al di fuori dell'ospedale.

In questa tesi analizzerò quindi la fattibilità dell'esecuzione della FAST, nell'ambito dell'emergenza extraospedaliera, da parte degli infermieri presenti sui mezzi di soccorso intermedi in Italia.

Ho quindi fatto un'analisi della letteratura estera e, per quanto riguarda l'Italia invece, poiché la letteratura nazionale in merito all'argomento è scarsa, ho cercato di fare il punto della situazione attraverso l'invio di un questionario informativo a tutti i responsabili delle AAT 118 (Articolazione Aziendale Territoriale 118), cercando, infine, di confrontare le diverse realtà.

LA RICERCA BIBLIOGRAFICA

Per raccogliere le informazioni necessarie per l'obiettivo della tesi ho consultato il database elettronico PubMed utilizzando le seguenti stringhe di ricerca, composte da termini che derivano dalle parole, o loro sinonimi, del quesito di ricerca, senza applicare limiti:

- Ultrasound AND Nurse AND Trauma AND FAST
- Ultrasound AND Trauma AND Prehospital
- "Nurses" [Mesh] AND "Emergency care, prehospital" [Mesh] AND "Ultrasonography" [Mesh] AND "Injuries" [Mesh]
- "Nurses" [Mesh] OR "Emergency nursing" [Mesh] AND "Ultrasonography" [Mesh]

Su un totale di 524 articoli presenti, solo 34 sono stati analizzati più approfonditamente poiché ritenuti pertinenti all'argomento della tesi.

Ho poi utilizzato il motore di ricerca Google inserendo le seguenti parole chiave, da sole o a gruppi: ultrasonography, ultrasound, emergency medical service, helicopter, trauma, FAST, EFAST, prehospital ultrasound, paramedic ultrasound, trauma care, point of care ultrasound, Focused Assessment with Sonography in Trauma, emergency medicine, emergency nursing, emergency service. Alcuni articoli sono stati visionati dopo aver consultato il sito internet specialistico di ecografia www.paramedicultrasound.com

I BENEFICI DELLA FASTPRE-OSPEDALIERA

La metodica FAST (Focused Assessment with Sonography for Trauma) è considerata il gold standard delle valutazioni point-of-care del paziente con trauma addominale chiuso, tanto da aumentarne l'uso anche da parte di professionisti non solo radiologi, ma anche dal personale che opera in emergenza come l'infermiere. Tale esame, in molti casi, permette di identificare precocemente cause potenzialmente correggibili di arresto/peri-arresto cardiaco e, in generale, nel paziente critico, di anticipare i tempi della diagnostica tradizionale intervenendo già sul territorio. (Storti et al., 2013)

Alcuni studi hanno dimostrato che questo esame, prima confinato solo all'ospedale, apporta dei benefici al paziente migliorandone l'outcome e ottimizzando la Golden Hour (Smith, 2003), o meglio il Golden Period, riducendo l'intervallo tra l'insorgenza della patologia e la diagnosi definitiva, aumentando quindi le possibilità di sopravvivenza del paziente.

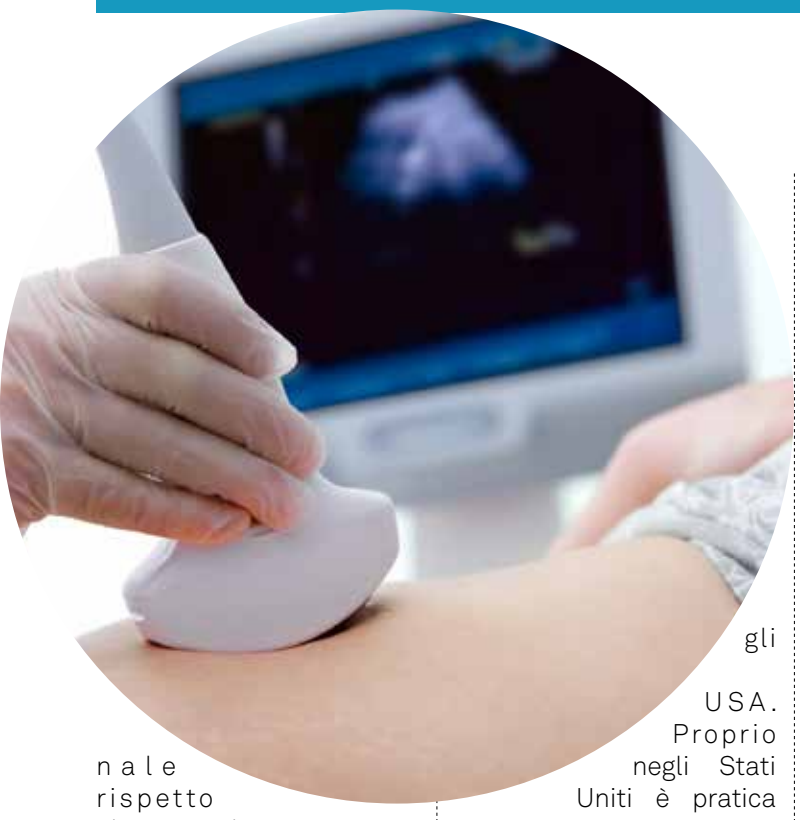
Le prime ecografie, in ambito di emergenza-urgenza sul territorio, sono state eseguite in Europa (Francia, Germania, Italia). Questi Paesi però impiegano in gran parte personale medico nel soccorso, a differenza di altre realtà dove sono presenti paramedici o infermieri.

Nei Paesi anglosassoni prevale la figura del paramedico a bordo delle ambulanze e, negli ultimi anni, sono stati svolti molteplici studi per analizzare i benefici della metodica FAST eseguita proprio da questa figura professionale non medica.

Bonadonna, per esempio, spiega la sua predisposizione all'esecuzione della FAST preospedaliera da parte dei paramedici ricordando ciò che in passato successe con l'esecuzione dell'ECG a 12 derivazioni. Esso non cambiò drasticamente il soccorso sul campo, ma migliorò esponenzialmente la risposta che tutt'oggi il paziente riceve all'arrivo in ospedale. L'ecografia fa la stessa cosa, velocizza la corretta presa in carico del paziente avviandolo nel minor tempo possibile nel luogo più idoneo: accesso immediato in shock room, invio immediato alla TAC o direttamente in sala operatoria (Bonadonna, 2010), a seconda del grado di stabilità emodinamica (Benatti, 2010).

La FAST permette, quindi, di identificare un percorso più idoneo per il paziente, che a volte comprende un trattamento immediato della patologia sul posto e l'individuazione del centro più idoneo per gli interventi successivi, evitando ritardi nella diagnosi che spesso sono causa di danni irreversibili o di morte (Gullace et al., 2010). Il preavviso dell'ospedale di destinazione, comunicando il risultato della FAST, consente un'organizzazione migliore del team di accettazione che sarà pronto ad eseguire immediatamente interventi specifici all'ingresso del paziente (Bhat et al., 2015), come emotrasfusioni massive o procurare in tempo utile le eventuali unità di Rh 0- necessarie (Smith, 2003; Bonadonna, 2010).

La scelta dell'ospedale di destinazione più idoneo (Bobbia et al., 2013; Sun et al, 2014; Bhat et al., 2015) in base alla FAST, può anche significare indirizzare alcuni pazienti stabili in ospedali "minori" per evitare il sovraccarico di lavoro non necessario ai trauma centers (Press et al, 2013). Inoltre, la FAST può influenzare anche il processo decisio-



gli USA. Proprio negli Stati Uniti è pratica comune, per i non-medici, focalizzarsi sul rapido trasporto del paziente limitando il tempo sulla scena, ciò può aver contribuito a rallentare l'adozione della FAST negli algoritmi del trauma.

In Francia, Germania e Italia, invece, i soccorritori trascorrono più tempo sulla scena valutando e trattando il paziente in loco; spesso però i medici fanno parte del team di soccorso, pertanto le indicazioni per l'utilizzo dell'ecografo possono variare a seconda dell'ambiente e della pratica dell'operatore (Nelson et al, 2008).

I paramedici statunitensi invece, che seguono la filosofia di soccorso "load and go", eseguono l'ecografia durante il trasporto in ospedale (Bonadonna, 2010). Ciò permette di non ritardare il trasporto (Heegard et al., 2010).

La FAST risulta essere di maggiore aiuto soprattutto nelle aree rurali, dove, a volte, ci si possono impiegare anche 90 minuti per arrivare al primo ospedale (Smith, 2003).

nale rispetto al mezzo di trasporto, come per esempio l'ambulanza o l'elicottero (Mazen et al., 2013).

CHI UTILIZZA L'ECOGRAFO SUL CAMPO

In buona parte del mondo occidentale, l'emergenza extra-ospedaliera è affidata alla figura del paramedico, la quale è diversa da quella infermieristica sia per la tipologia di formazione sia per le mansioni in ambito sanitario. Nel nostro panorama il soccorso extra-ospedaliero è affidato anche alla figura infermieristica, sia in autonomia che in collaborazione con il medico. Il paramedico può comunque essere preso come termine di paragone per la gestione dell'emergenza pre-ospedaliera eseguita da personale non medico, per ciò che concerne protocolli valutativi di triage e procedure operative simili a quelli adoperati dall'infermiere operante nel sistema di emergenza territoriale.

L'uso dell'ecografo sul campo è stato descritto in Germania, Francia, Italia e ne-

DIVERSI PERCORSI FORMATIVI

Dalla letteratura non emerge un percorso formativo univoco per abilitare il personale non medico ad eseguire la PFAST (Prehospital-FAST).

Dave Spear, direttore medico dell'Odessa Fire Department, nel 2000 diede inizio ad un progetto sperimentale che permetteva ai paramedici di effettuare la PFAST. Inizialmente formò il personale di sole due postazioni di soccorso (oggi la PFAST invece viene eseguita dal personale di tutte le postazioni del dipartimento). Tutti i paramedici di entrambe le postazioni furono formati all'uso dell'ecografo facendo pratica su soggetti volontari, animali e cadaveri. Il corso approfondiva principalmente il riconoscimento di emorragie interne e la valutazione della contrattilità miocardica. Spear distribuì a ciascun paramedico del materiale didattico da studiare e tutti, dopo circa un'ora, furono in grado di utilizzare l'ecografo. (Smith, 2003).

In uno studio francese del 2005, medici di medicina d'urgenza che operano regolarmente nel soccorso preospedaliero furono addestrati con un corso di 8 ore di teoria e 25 FAST iniziali supervisionati da altri medici esperti (Lapostolle et al., 2005).

In Germania chirurghi, internisti ed anestesisti impiegati nel soccorso aereo o via terra hanno frequentato un corso teorico/pratico di un giorno per essere abilitati all'esecuzione della FAST (Walker et al., 2006).

Uno studio del 2008 effettuato negli USA esamina il percorso formativo in ecografia per personale non medico impiegato nel soccorso. 93 paramedici (Advance Life Support Provider) hanno completato il corso standard di 6 ore sulla PFAST e sulla valutazione dell'aorta addominale. Sono state fatte letture didattiche di immagini, pratica e scenari strutturati. I paramedici dovevano basarsi su due protocolli per decidere se eseguire o meno l'ecografia in urgenza. Agli stessi è stato somministrato un test scritto pre- e post-corso che anche a distanza di mesi ha dimostrato l'acquisizione ed il mantenimento delle conoscenze e delle abilità (Heegard et al., 2008).

In un altro articolo australiano del 2010 gli autori hanno coinvolto infermieri esperti che avevano già familiarità con il trauma team ed il ruolo della FAST, ma non viene specificato il tipo di formazione svolta dal personale (Bowra et al., 2010).

Da un altro studio effettuato in Minnesota si evince che non è stato utilizzato un corso specifico per addestrare i paramedici all'esecuzione di ecografie d'urgenza, ma sono state fornite invece, per la formazione, nozioni estrapolate dalle Linee Guida dell'American College of Emergency Physician (ACEP) (Heegard et al, 2010).

Bonadonna (2010) individua in molti articoli l'utilizzo di un percorso formativo di 6 ore e soprattutto la continua pratica e ripetizione dell'esame come chiave per mantenere la competenza.

Un'analisi effettuata in California riporta che gli infermieri del Pronto Soccorso addestrati ad eseguire eco-

grafie d'urgenza avevano frequentato un corso di 16 ore (suddivise in due giorni) seguito da un anno di pratica con supervisione clinica (Sean et al., 2010).
Un altro studio condotto in Turchia riporta che i paramedici vengono addestrati con un corso teorico-pratico di 8 ore, ma non vengono specificati i pre-requisiti necessari per l'ammissione a tale corso in aggiunta all'esperienza clinica adeguata (Unluer et al., 2011).
Nel 2013 in Texas è stato condotto uno studio che esamina l'abilità dei paramedici di acquisire ed interpretare le immagini attraverso un protocollo "PAUSE" (Prehospital Assessment with UltraSound for Emergencies protocol) per la diagnosi di pneumotorace, versamento pericardico, arresto cardiaco, dopo aver frequentato un corso di sole 2 ore (Chin et al., 2013).
Parecchi studi hanno dimostrato che i paramedici possono diventare abili esecutori di PFAST con una formazione che varia da 1 ora e un quarto ai due giorni, a seconda del tipo di ecografo che utilizzano e del distretto anatomico da valutare (Mazen et al., 2013).
Roline et al. (2013) valutano la fattibilità dell'ecografia toracica, eseguita dagli equipaggi di elicottero americani (infermieri e paramedici quindi) dopo un video-corso di 15 minuti seguito da una sessione pratica di 1 ora, per individuare lo sliding pleurico.
Uno studio francese del 2014 suggerisce di far seguire alla teoria molta pratica con supervisione da parte di personale esperto per acquisire sicurezza e competenza nell'esecuzione ed interpretazione dell'esame (Soulat et al., 2014).
Copetti, autore del libro "Ecografia toracica" insieme a Soldati, consiglia come migliore ed efficace modello di apprendimento per l'infermiere dei corsi specifici individuati da alcune società scientifiche (es. WINFOCUS, SIMEU) con certificazione delle competenze acquisite da parte di commissioni di esperti nominate o dalle stesse società scientifiche o dall'università (D'Angelo, 2014).
Un recente studio californiano del 2015 riporta un iter formativo per paramedici composto da un pre-test di 16 domande a risposta multipla su immagini ecografiche normali e patologiche. A seguire tutti hanno partecipato ad un'ora di didattica dove sono state spiegate le tecniche base dell'ecografia, l'anatomia ecografica normale e sono stati mostrati diversi video di ecografie cardiache e toraciche normali e patologiche. In seguito sono stati proiettati video di versamento pericardico, pneumotorace e quadri di arresto cardiaco. Subito dopo la visione dei video, ai paramedici veniva somministrato un post-test composto dalle stesse immagini del test iniziale, ma visualizzate in ordine diverso. Essi non conoscevano né le risposte del pre-test, né il loro risultato. Ad ognuno fu richiesto di prendersi 1 minuto per rispondere ad ogni domanda. I partecipanti erano valutati da medici di medicina d'urgenza esperti in ecografia. Ad un gruppo di paramedici il post-test è stato somministrato anche una settimana dopo la fine del corso con ottimi risultati (Bhat et el., 2015).
A mio giudizio però, il miglior percorso formativo è stato ideato nel 2013 da Press et al. che hanno costruito un corso suddiviso in più steps, sia teorici che pratici, dilazionati in un lasso di tempo idoneo per acquisire le conoscenze e le abilità necessarie, soprattutto per chi non possedeva pregresse nozioni di ecografia.
L'innovazione di questo percorso è l'introduzione di moduli interattivi on line che offrono l'opportunità di sviluppare il programma longitudinalmente, consentendo di visionare prezioso materiale e di rinforzare alcuni punti critici del percorso. Il corso è così suddiviso:

- pre-test: test scritto con 6 domande generali sull'ecografia, 10 sull'addome, 6 sul cuore e 3 sui polmoni;
- lettura didattica d'immagini: corso di 2 ore con un medico dell'emergenza con esperienza nel settore ecografico. Le 2 ore sono suddivise in spiegazioni di 40 minuti per i concetti base dell'ecografia, 40 minuti sugli organi addominali e sull'E-FAST (Extended-FAST), 20 minuti sul cuore e 20 minuti sui polmoni. Vengono mostrati numerosi video;
- dotazione di pocket flashcards: schede tascabili per lo studio ed un ripasso veloce;
- corso pratico: 4 ore dedicate ad eseguire ecografie ruotando su 4 postazioni con diversi modelli di pazienti: due con ascite per simulare emoperitoneo, uno con versamento pericardico per simulare il tamponamento, e uno sano;
- stage in Pronto Soccorso: tirocinio pratico di 4 ore per eseguire delle "vere" FAST supervisionati da medici esperti;
- stage in elicottero: tirocinio pratico in cui si prova ad eseguire la EFAST in volo su pazienti le cui condizioni lo consentano, ma senza supervisione (nessuna decisione clinica viene basata sull'esame eseguito);
- 6 moduli base on line: in contemporanea al tirocinio, nelle sei settimane successive al corso iniziale, si devono completare 6 moduli on line (uno a settimana) così costituiti: 1) introduzione all'EFAST, che include tecniche di base per ottenere le immagini normali o esami negativi; 2) tecniche per massimizzare la qualità delle immagini; 3) riconoscere EFAST positive; 4) tecniche per aumentare l'accuratezza dell'esecuzione ed evitare falsi negativi; 5) tecniche per aumentare l'accuratezza dell'esecuzione ed evitare falsi positivi; 6) visione d'insieme di tutti i moduli precedenti e riassunto;
- ripasso: un'ora di letture di EFAST collegiali;
- post-test: al termine delle sei settimane del percorso formativo viene somministrato nuovamente il test iniziale per valutare le conoscenze acquisite;
- scenari pratici: subito dopo il post-test si eseguono tre scenari pratici durante i quali vengono

valutate la tecnica, l'abilità nell'ottenere buone immagini, l'adeguata profondità, la corretta interpretazione delle immagini positive/negative;
- eventuale sessione di recupero: per chi sbaglia il post-test è previsto un corso pratico di 4 ore di ecografie con supervisione, seguito nuovamente dal post-test. (Press et al, 2013).

CAMPO D'IMPIEGO DELL'ECOGRAFIA PRE-OSPEDALIERA

Il desiderio di Spear di vedere utilizzato l'ecografo sul campo si basava principalmente sulla valutazione di uno dei problemi maggiormente riscontrati dai soccorritori: quando un paziente, a seguito di un trauma, è emodinamicamente instabile, i paramedici presumono che una possibile causa possa essere un'emorragia intraddominale, ma non hanno modo di verificarlo sul campo. Un punto fermo del suo programma è però tutt'oggi quello che la FAST non deve ritardare la cura del paziente ed il trasporto (Smith, 2003).

Nei sistemi d'emergenza con reti regionali di patologia e linee guida di triage sul campo, la precoce identificazione di un versamento pericardico in un paziente con ferita penetrante al torace o in quelli con versamento libero intraddominale può davvero fare la differenza per i soccorritori, al fine di decidere il metodo di trasporto più adeguato e il livello di trauma center di destinazione (Mazen et al., 2013).

In Germania l'ecografia sul campo viene principalmente impiegata per la FAST e l'ecografia cardiaca (per i pazienti non traumatici), in Francia per la valutazione di tamponamento cardiaco, trombosi venosa profonda e aneurismi dell'aorta toracica, in Italia per l'arresto cardiaco, il trauma toracico e nella dispnea acuta (Nelson et al., 2008), negli USA per le cause reversibili dell'arresto cardiaco, per valutare un eventuale versamento pericardico, intraperitoneale o pleurico (nel trauma) e distinguere tra edema ed enfisema polmonare (Brun et al., 2014).

I campi di utilizzo dell'ecografia pre-ospedaliera vengono riassunti da Bonadonna nei seguenti: valutazione di emoperitoneo/emotorace, identificazione di pneumotorace, identificazione di eventuali gravidanze ectopiche, presenza di aneurismi aortici, presenza di tamponamento cardiaco, valutazione della vena cava, ed inoltre può essere d'ausilio nella verifica del corretto posizionamento del tubo endotracheale o come orientamento nell'utilizzo del pacing esterno (Bonadonna, 2010).

EFFICACIA DELLA FAST ESEGUITA DA PERSONALE NON MEDICO

Molti articoli dimostrano che paramedici e infermieri che eseguono la FAST preospedaliera, dopo un corso di formazione, sono in grado di valutare le immagini adeguatamente.

Uno studio del 2004 su equipaggi non medici di aerosoccorso riporta il 100% di sensibilità e di specificità nei casi medici, il 60% di sensibilità e il 93% di specificità nella refertazione degli esami nel trauma (Heegard et al., 2004).

Da un altro studio del 2010 emerge il 100% di accordo tra paramedici e supervisori nel refertare le immagini ecografiche (Heegard et al.,2010).

Un altro articolo del 2010 conclude con i seguenti risultati della FAST infermieristica: sensibilità dell'84.4% e specificità 98.4%. Complessivamente l'accuratezza della FAST infermieristica nel trovare liquido libero è stata del 95%, simile all'accuratezza della FAST eseguita dal medico (Bowra et al., 2010).

Da un'analisi del 2012 scaturisce che, dopo un corso di 4 ore, i paramedici raggiungono una sensibilità del 61% e una specificità del 96.3% (Kim et al., 2012).

Uno studio americano del 2012 dimostra che i paramedici hanno valutato in maniera adeguata lo sliding pleurico con una sensibilità del 96.9% e una specificità del 93.8%. Nel follow-up, 9 mesi dopo, i risultati si innalzano al 100% (Lyon et al., 2012).

Dalla revisione sistematica di Storti et al. (2013) emerge che l'impiego dell'ecografia FAST eseguita dagli infermieri formati è molto efficace, con una sensibilità del 84% ed una specificità del 97.3%. Il tempo di esecuzione pratica aveva una media di 156 secondi. Questi risultati provano quindi l'efficacia dell'ecografia FAST svolta da personale sanitario, non specializzato in radiodiagnostica, nella riduzione della mortalità nei pazienti affetti da trauma addominale chiuso.

I risultati del "PAUSE pilot" dicono che i paramedici sono in grado di acquisire l'abilità di interpretare le immagini ecografiche di patologie pericolose per la vita dopo un corso breve ma focalizzato (Bhat et al., 2015).

DISPOSITIVI E COSTI

L'ecografo portatile "ideale" deve essere: economico, semplice da utilizzare, leggero, resistente agli urti e alle temperature estreme, in grado di offrire una buona qualità di immagini, con un processo di accensione veloce, con una batteria di una buona durata e abile nel consentire la trasmissione di immagini.

Heegard et al. (2010) e Sun et al. (2014) dichiarano che i dispositivi maggiormente utilizzati sono prodotti da PRIMEDIC HandyScan, V-Scan e SonoSite.

Il primo ecografo costruito e pensato per il soccorso preospedaliero è stato il NanoMaxx della SonoSite Corporation (Heegard et al., 2010).

Uno dei maggiori ostacoli alla diffusione dell'ecografo a bordo dei mezzi di soccorso è il costo da sostenere per l'equipaggiamento e per la formazione del personale (Taylor et al., 2014).

Se si considera l'elevato numero di dispositivi da impiegare per coprire il più possibile il territorio, e dare quindi maggiori probabilità di sopravvivenza ad alcuni pazienti, per molte aziende risulta un costo significativo (Mazen et al., 2013).

Bonadonna indica che nel 2010 il costo di un ecografo "base" variava dai 4000$ agli 8000$ e i dispositivi di ultimissima generazione full-optional potevano arrivare a costare anche 70000$.

Un altro costo da calcolare è quello della formazione del personale. Si può spa-

ziare da corsi base, a corsi tenuti da società scientifiche accreditate, fino al master di I livello universitario in ecografia infermieristica. Wilson dichiara che per formare 90 paramedici sono stati spesi all'incirca 52000$ (circa 578$ per ognuno) e sono stati investiti circa 65000$ per 12 ecografi (circa 5400$ cad.) (Wilson, 2011).
Nel 2010 Brian Webster, Presidente della Physio-Control, affermò che l'ecografia poteva essere il prossimo passo avanti con impatto positivo nella cura del paziente nel sistema del soccorso preospedaliero (www.sonosite.com).
Il mercato si sviluppa di pari passo alle applicazioni cliniche e un progetto futuro sarà quello di avere dei monitor-defibrillatori con ecografo incorporato (Bonadonna, 2010).

TELE-ECOGRAFIA E VIDEO-ECOGRAFIA

Un modo per superare l'ostacolo della formazione per i soccorritori pre. ospedalieri non medici è l'uso della tele-ecografia. Trasmettere le immagini dell'ecografia sulla scena al Pronto Soccorso è un importante strumento che colma la mancanza di medici negli equipaggi di soccorso (Mazen et al., 2013).
Spear spiega che i paramedici di Terlingua, luogo isolato a circa 90 minuti da un ospedale, sono in grado di eseguire l'ecografia e trasmettere le immagini al medico in ospedale che può così organizzare in anticipo i trattamenti necessari per eseguirli poi più velocemente (Smith, 2003).
L'importanza della FAST aumenta con la possibilità di trasmissione delle immagini e dipende dal collegamento in rete per il teleconsulto; questo rappresenta il prossimo sviluppo nell'utilizzo dell'ecografia in emergenza; sarà così possibile anche per questa importante metodica diagnostica, riorganizzare il Sistema dell'Emergenza e del 118 in genere, come già fatto in precedenza per l'elettrocardiografia (Gullace et al., 2010).
In uno studio del 2011, un gruppo di paramedici senza alcuna esperienza in ecografia partecipa ad una lezione di circa 20 minuti in cui viene spiegato come utilizzare l'ecografo e come si esegue la FAST. A seguire, i paramedici hanno eseguito l'ecografia mentre dei medici, che vedevano il video in diretta dell'ecografia su un monitor,comunicavano loro via radio come e dove muovere la sonda per ottenere migliori immagini per la FAST. Lo studio ha dimostrato che anche paramedici senza alcuna esperienza in ecografia sono in grado di eseguire la FAST in meno di 5 minuti (262 secondi in media). Data la rapida evoluzione della tecnologia di trasmissione dati, questo sarà applicabile sui campi di battaglia e in ambienti rurali pre-ospedalieri (Boniface et al., 2011).
In un servizio televisivo della ABC del 2014 veniva spiegato uno studio in cui, tramite la trasmissione di immagini in diretta, il medico decideva immediatamente se il paziente avrebbe dovuto recarsi direttamente in sala operatoria per il controllo dell'emorragia rilevata.
I paramedici di Odessa, invece, registrano l'ecografia su una cassetta che viene poi visionata dal medico all'arrivo in pronto soccorso (Smith, 2003). Un esempio viene riportato da un articolo del 2009 in cui un uomo, accoltellato al torace con un versamento pericardico, viene valutato precocemente in pronto soccorso dove medico dell'emergenza e chirurgo guardano il video dell'ecografia eseguita dai paramedici e decidono di inviare il paziente direttamente in sala operatoria con un outcome positivo (Heegard et al., 2009).
Nel lavoro di Heegard et al. del 2010 viene evidenziata l'importanza di registrare un video di almeno 6 secondi per documentare le immagini ecografiche, piuttosto che affidarsi a singole istantanee, al fine di migliorare la qualità dell'esame (Storti et al., 2013).

PROBLEMI NELLA DIFFUSIONE DELL'ECOGRAFIA PRE-OSPEDALIERA

Alcuni dei problemi riscontrati nella diffusione dell'ecografia a bordo dei mezzi di soccorso sono i costi dell'ecografo e della formazione del personale (Smith, 2003).
Altri problemi sono di natura tecnica: difficoltà nella visualizzazione dello schermo in ambienti particolarmente luminosi, guasto della batteria o poca durata, malfunzionamento dell'apparecchio (Melanson et al., 2001), difficoltà ad eseguire la scansione con entrambe le mani a seconda del lato del mezzo dove è caricato il paziente, le comunicazioni con il pilota in elicottero per evitare turbolenze improvvise, spazio limitato se il paziente è obeso (Nelson et al., 2008), decubito dorsale obbligato per i pazienti traumatizzati, agitazione del paziente (Brun et al., 2014), lentezza nell'accensione per il caricamento del sistema operativo o per il ripristino della modalità standby, in-

gombro dell'apparecchio, poca facilità d'uso (Gullace et al., 2010).
Inoltre, molti direttori, prima di considerare l'impiego dell'ecografia a bordo dei mezzi di soccorso, vogliono vedere ulteriori evidenze che ciò migliori la morbilità e mortalità dei pazienti (Taylor et al., 2014).

MEZZI DI SOCCORSO INTERMEDI E COMPETENZE AVANZATE

Nella maggior parte dei sistemi 118 italiani sono attivi mezzi di soccorso con infermieri, con modalità operative differenti, ma che in ogni modo coprono una parte consistente della risposta territoriale di soccorso, anche in considerazione dell'ordinaria finalità del sistema di soccorso che vuole garantire un'ospedalizzazione mirata con trattamenti per lo più sintomatologici, più spesso volti a scongiurare aggravamenti o complicanze, piuttosto che interventi diagnostici e terapeutici risolutivi ed alternativi all'ospedale.
La normativa nazionale e regionale riconosce all'infermiere del servizio 118 un'ampia operatività sul territorio.
Il DPR 27 marzo 1992 "Atto di indirizzo e coordinamento alle Regioni per la determinazione dei livelli di assistenza sanitaria in emergenza" all'art. 10 recitava "Il personale infermieristico professionale, nello svolgimento del servizio d'emergenza, può essere autorizzato a praticare iniezioni per via endovenosa e fleboclisi, nonché a svolgere le altre attività e manovre atte a salvaguardare le funzioni vitali, previste dagli algoritmi decisi dal medico responsabile del servizio". Con la Legge 42/99 "L'Infermiere è il responsabile dell'assistenza generale infermieristica e agisce sulla base dei decreti ministeriali istitutivi dei relativi profili professionali e degli ordinamenti didattici dei rispettivi corsi universitari e di formazione post base, nonché degli specifici codici deontologici" ovvero "garantisce la corretta applicazione delle prescrizioni diagnostico-terapeutiche", quindi gli algoritmi di soccorso, " sulla base delle competenze conseguite mediante la formazione complementare e l'esperienza lavorativa, così come previsto anche dalla delibera regione Lombardia 37434/98 e DGR 45819/98 allegato 1 e dall'Accordo tra il Ministro della Salute, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sul documento recante: "Linee guida su formazione, aggiornamento e addestramento permanente del personale operante nel sistema emergenza/urgenza". L'evoluzione della suddetta normativa, in ambito regionale lombardo, è rappresentata dal lavoro del tavolo tecnico regionale a cui farà seguito una nuova delibera regionale ad hoc.
In Lombardia, da alcuni anni, sono presenti i Mezzi di Soccorso Intermedi (MSI) che consentono un livello di risposta di soccorso intermedio tra quello di base, dove operano dei soccorritori semplici, e quello avanzato, dove è presente il medico.
L'infermiere a bordo dei MSI valuta correttamente, in maniera precisa ed affidabile, l'evento ed il paziente, e riconosce condizioni potenzialmente centralizzabili, attua manovre salvavita improcrastinabili (es. decompressione pneumotorace iperteso, somministrazione immediata di alcuni farmaci in alcuni algoritmi, etc...), sorveglia e contiene delle situazioni a rischio evolutivo, esegue interventi infermieristici risolutivi necessari ad evitare ospedalizzazioni improprie, forma sul campo le figure di supporto. Tutto ciò, però, interfacciandosi sempre con il medico di centrale operativa per la gestione dell'intervento, ricevendo autorizzazioni per le fasi dei protocolli che le prevedono ed eventuali prescrizioni "fuori protocollo", oltre ad indicazioni operative.
L'infermiere di MSI, per le competenze che gli sono richieste, deve possedere esperienza in area critica e di soccorso territoriale per poter accedere al percorso formativo dedicato. Egli viene abilitato a livello personale, in maniera dipendente dalla formazione conseguita e dal grado di competenza acquisito, all'applicazione delle procedure e delle prestazioni (MSI Livello A, MSI Livello B) (AREU-Laboratorio Analisi Sviluppo, 2014).
In un'ottica di potenziamento sinergico e multidisciplinare, si sta affermando sempre più la diffusione dell'ecografia da parte del personale infermieristico in diversi ambiti, secondo una logica di interazione all'interno del team di soccorso, potenziando la condivisione/sostituzione di ruoli; questa esigenza si impone una volta di più nei soccorsi extra-ospedalieri, dove risorse umane e tecnologiche sono in genere circoscritte (Storti et al., 2013).
Nell'Allegato n.3 "Infermiere esperto in Assistenza–Area Intensiva e dell'Emergenza-Urgenza" della Bozza del Tavolo di Lavoro Regioni–Ministero (revisione dei profili di competenza dell'Infermiere) (2012), tra le competenze Tecnico-Professionali figura, al punto 3.7, "Utilizzare l'ecografia/doppler vascolare e altri strumenti di diagnostica a sostegno dell'attività assistenziale".
In uno studio del 2010, si individua l'addestramento degli infermieri ad eseguire l'ecografia d'urgenza come uno dei metodi per ridurre i costi mantenendo la qualità assistenziale erogata (Henderson et al., 2010).
Un punto molto importante da ricordare è che l'obiettivo non è quello che l'operatore diventi un "ecografista ultra-esperto", esso deve essere solo in grado, con una minima formazione, di riconoscere alcune condizioni di emergenza. Come l'infermiere utilizza il fonendoscopio nell'unico modo per avere delle risposte, l'ecografo sarà utilizzato in modo molto simile (Bonadonna, 2010).
In un'intervista Copetti afferma che l'ecografia eseguita dall'infermiere potrebbe integrare la fase di accertamento del triage per identificare le priorità assistenziali e determinare il livello di priorità e urgenza, a maggior ragione nelle realtà dove sono presenti MSI, per la valutazione del polmone nella dispnea grave, del cuore nelle condizioni di arresto o peri-arresto, e della vena cava inferiore (D'Angelo, 2014).
L'infermiere che presta la sua opera tra i malati criti-

ci è oggi un professionista sanitario dell'assistenza infermieristica particolarmente importante ed impegnato. A lui sono richieste competenze specialistiche che gli permettono di svolgere questo delicato compito. Il suo obiettivo prioritario è la salvaguardia della salute del paziente, nel senso più ampio del suo significato, dove la tutela della salute rappresenta un dovere deontologico oltre che giuridico.
In urgenza, egli deve garantire e gestire risposte che siano appropriate ed efficienti per i bisogni dell'ammalato. L'infermiere deve quindi porre al centro del suo universo di professionista la "persona/paziente", non solo perché lo afferma il legislatore, ma perché tutta l'attività infermieristica è centrata sulla persona del "paziente" e sul "paziente" come persona, ed egli ha il dovere di fornire un'assistenza sicura, competente, responsabile e della migliore qualità.
Con tutte le premesse fatte, appare logico che lo sviluppo tecnologico debba essere seguito ed acquisito dall'infermiere, che può far proprie metodiche che non appartengono a figure particolari, ma solo alla necessità di cura di un sofferente. L'essenziale è che vi sia il rispetto delle competenze e vi siano le opportune conoscenze per decisioni autonome, motivate, razionali e responsabili. Qualora l'infermiere intraveda un impiego consono alla sua professione, e la sua cultura e coscienza ne prevedano un'utilità per la persona che ha in cura, appare perfettamente coerente che egli, opportunamente, se ne serva. Partendo dal presupposto che la FAST è e deve rimanere un atto medico, nei casi in cui lo stesso sia impegnato in attività di più alta priorità, oppure, laddove vi sia un numero di pazienti traumatizzati superiore alle potenzialità messe in campo da un mezzo di soccorso avanzato, è utile che anche l'infermiere sia abilitato all'esecuzione dell'ecografia in urgenza (Benatti, 2010). Abilitare l'infermiere ad eseguire l'ecografia d'urgenza sui Mezzi di Soccorso Intermedi potrebbe quindi essere il passo successivo.

INFERMIERE E FAST PRE-OSPEDALIERA: QUESTIONARIO SCENARIO ITALIANO

In Italia si sta diffondendo la cultura intraospedaliera dell'esecuzione della FAST anche da parte dell'infermiere, ma la letteratura non riporta studi nei quali ne sia stata analizzata l'esecuzione nel contesto pre-ospedaliero. Poiché è chiaro che in alcune realtà estere la FAST è diffusa ed eseguita anche da personale non medico, come paramedici ed infermieri, non è altrettanto chiaro quanto sia diffusa e da chi sia eseguita in Italia.
Per cercare di fare un punto della situazione italiana rispetto all'ecografia infermieristica d'urgenza, ho inviato via mail un questionario informativo a tutti i Responsabili di AAT 118 (Articolazioni Aziendali Territoriali) italiane (o al Responsabile della formazione delle Aziende Regionale, come per esempio AREU Lombardia).
Riporto di seguito il questionario che ho inoltrato:

1) Sui vostri mezzi è presente un ecografo? Se sì, saprebbe indicarmi il tipo?
2) L'ecografo viene utilizzato esclusivamente dal medico o anche dall'infermiere?
3) Il personale infermieristico è stato formato per eseguire l'ecografia?
4) Se sì, come e in quanto tempo si è svolto il corso di formazione?
5) Se viene utilizzato dall'infermiere, egli segue un protocollo/algoritmo particolare (es. trauma maggiore, trauma senza criteri di centralizzazione in trauma center, trauma addominale, trauma toracico, etc...) o l'eco FAST viene eseguita a discrezione dell'operatore? (Se vengono seguiti protocolli/algoritmi specifici potete inviarmeli per cortesia?)
6) L'infermiere esegue solamente l'eco FAST addominale, solamente l'eco toracica o entrambe? Viene eseguita in caso di ACC con PEA?
7) L'infermiere esegue l'eco per identificare: versamento addominale, tamponamento cardiaco, AAA, PNX, monitoraggio vitalità fetale?
8) Avete pubblicato o è in corso qualche studio in merito all'ecografia eseguita da personale infermieristico in ambito extraospedaliero?
9) Avete raccolto bibliografia in merito che potete cortesemente indicarmi (o inviarmi) o siete a conoscenza di realtà, anche estere, in cui gli infermieri eseguono l'ecografia in ambito extraospedaliero?

L'obiettivo di questo questionario era capire: se, dove, come, con quali criteri e da chi è eseguita la FAST pre-ospedaliera in Italia.

RISULTATI QUESTIONARIO

Purtroppo le risposte seguite al questionario non sono state molte. A fronte di 115 mail inviate (alcune sono state re-indirizzate per indirizzo mail non aggiornato), sono giunte solo 15 risposte (di cui una che però rispondeva per 12 AAT nel caso di AREU Lombardia) (tab. 1).
L'unica realtà in Italia (di cui sono ora a conoscenza) in cui l'infermiere utilizza in autonomia l'ecografo è Cavallino Treporti, in provincia di Mestre. Gli infermieri sono stati formati seguendo dei corsi WINFOCUS o SIMEU nel 2014. Oltre al corso di 1-2 giorni, a seguire essi hanno effettuato circa un anno di prove pratiche di ecografia esercitandosi tra di loro e su volontari con la supervisione di medici esperti; da circa un anno eseguono l'ecografia a bordo dei mezzi in autonomia, non seguono protocolli di inclusione/esclusione per l'esame, anzi, effettuano l'ecografia durante il trasporto anche su pazienti per i quali non sarebbe indicata (ovviamente previo consenso della persona) per esercitarsi e mantenersi aggiornati, oltre ai 2 corsi di ripasso previsti ogni anno. Dal 2015 ad oggi hanno utilizzato l'ecografo su pazienti affetti da: edema polmonare acuto (molte ecografie positive per versamento polmonare), pneumotorace (2 ecografie positive), addominalgia/emorragia intraddominale (tutte negative), versamento pericardico (2 ecografie

Tabella 1.

AAT 118	RISPOSTA AL QUESTIONARIO
AREU LOMBARDIA	Milano: ecografo su 1 MSA e 1 elicottero utilizzato dal medico
	Como: ecografo su 1 MSA e 1 elicottero utilizzato dal medico
	Lodi: ecografo Micromax Esaote su MSA utilizzato dal medico, infermieri hanno seguito corsi di 1-2gg WINFOCUS/NURSES come uditori e non eseguono la FAST in autonomia
	Cremona: no ecografo sui mezzi; medici e infermieri formati con corso WINFOCUS a carattere personale
	Altre AAT: no ecografo
NOVARA	Ecografo utilizzato dal medico, in futuro progetto sperimentale per l'infermiere
SAVONA	No ecografo, in futuro prevista formazione per i medici
VAL D'AOSTA	No ecografo
GENOVA	Ecografo utilizzato dal medico
PORDENONE	No ecografo
CASERTA	No ecografo
PESARO – URBINO	No ecografo
TARANTO	No ecografo
BOLOGNA	Ecografo Nanomaxx SonoSite utilizzato dal medico e occasionalmente dall'infermiere (no da solo), prevista formazione per l'infermiere dal 2016
PIACENZA	No ecografo, previsto corso di formazione per gli infermieri dal 2016
PRATO	No ecografo
LIVORNO	No ecografo
TRENTO	No ecografo
PALERMO	No ecografo
MESTRE (Cavallino Treporti)	Ecografo Nanomaxx SonoSite utilizzato in autonomia dall'infermiere dopo corsi di formazione WINFOCUS e SIMEU e 1 anno di esercitazioni pratiche senza protocolli

dubbie), arresto cardiaco, valutazione della vescica.
A breve, invece, a Piacenza inizierà il progetto di "Ecografia per infermieri 118". Gli infermieri verranno formati attraverso un corso teorico-pratico di circa 6 ore, nelle quali verranno trattati i seguenti argomenti: EFAST, anatomia ecografica ed esame ecografico dell'addome, finestre per la EFAST, gestione eco-assistita del trauma, gestione eco-assistita dell'arresto cardiaco e del peri-arresto, valutazione della vena cava, valutazione di eventuale aneurisma dell'aorta addominale, e workshop pratici su volontari sani. Alla fine del corso i partecipanti dovranno superare un test di circa 10 domande a risposta multipla. A seguire inizieranno un periodo di addestramento/affiancamento: l'infermiere eseguirà l'ecografia da solo sul territorio e compilerà una scheda dove riporterà i risultati dell'esame, all'arrivo in Pronto Soccorso il medico di guardia ripeterà l'ecografia e la confronterà con ciò che sarà stato riportato sulla scheda. Questa parte pratica, però, è ancora in via di implementazione.
Dai risultati ottenuti si evince che l'utilizzo dell'ecografia d'urgenza pre-ospedaliera in Italia non è molto diffuso e, dove effettuata, viene principalmente eseguita dal medico. Si inizia però a pensare ed attuare dei progetti sperimentali in merito con protagonista l'infermiere.

CONCLUSIONI

Dopo aver analizzato la realtà estera e quella italiana rispetto alla PFAST, possiamo ora confrontarle.
Dal punto di vista dei benefici non sono emerse grosse differenze tra i sistemi; i campi di applicazione della PFAST si equivalgono e hanno un obiettivo comune: anticipare i tempi della diagnostica tradizionale e intervenire già sul territorio se necessario.
Mentre negli altri Paesi però la PFAST è eseguita sia da paramedici che da infermieri ("flight-nurse"), oltre che dai medici ovviamente; in Italia, invece, la PFAST è ancora eseguita prevalentemente dal medico e solo negli ultimi anni anche l'infermiere si è interessato all'argomento. Ciò può essere legato a diversemotivazioni, tra le quali spicca la diversità delle figure impiegate nel soccorso nei vari Paesi ed i loro diversi compiti; inoltre, mentreall'estero permettere ai paramedici o agli infermieri di eseguire la PFAST è visto unicamente come un beneficio ulteriore da sfruttare per il trattamento precoce di alcune patologie, perché già da tempo essi risultano avvezzi ad avere più autonomia nell'ambito delle loro attività, in Italia,invece, l'infermiere ha iniziato relativamente da poco a lavorare senza la presenza del medico sul territorio, e non senza problemi principalmente burocratico-legislativi, poiché le "competenze avanzate" non sono ancora comunemente riconosciute e si è soliti pensare, erroneamente, a "chi fa cosa" piuttosto che all'obiettivo finale.
Purtroppo inoltre, ad oggi, non emerge un percorso formativo univoco per abilitare il personale non medico ad eseguire la PFAST.
Visto però che l'infermiere di MSI, soprattutto in Lombardia, può essere paragonato ai paramedici per ciò che concerne protocolli valutativi di triage e procedure operative, è auspicabile che, dal momento che l'ecografia (anche urgente) infermieristica si sta sviluppando anche in Italia, anche se principalmente nel contesto intra-ospedaliero, una volta che l'infermiere avrà tracciato un buon percorso formativo standardizzato per poter eseguire questo esame in autonomia, o avvalendosi anche della tele-ecografia, potrà eseguirla anche sul territorio, offrendo così al paziente un'assistenza avanzata sicura, competente, responsabile e della migliore qualità.

BIBLIOGRAFIA

- AIUM (2007)"Practice Guidline for the Performance of the Focused Assesment With Sonography for Trauma (FAST) Examination", AIUM Practice Guidelines
- AREU Lombardia (2014) "Il Soccorso Avanzato Preospedaliero con Infermieri- Corso di formazione del personale infermieristico di mezzi di Soccorso Intermedi – Livello A"
- Benatti FS. (2010) "Eco FAST ed Evidence Based Nursing",Update in Pre-Hospital, 8(10): 8-12
- Bhat SR., Johson DA, Pierog JE, Zaia BE, Williams SR, Gharahbaghian L. (2015) "Prehospital Evaluation of Effusion, Pneumothorax, and Standstill (PEEPS): Point-of-care Ultrasound Emergency Medical Services", Western Journal of Emergency Medicine, 16 (7): 503-9
- Bobbia X., Hansel N., Muller L. Claret PG, Moreau A., Grandpierre G., Chenaitia H., Lefrant JY, De la Coussaye JE (2014) "Availability and practice of bedside ultrasonography in mergency rooms and prehospital setting: A French survey", SFAR, Annales Francaises d'Anesthesie et de Reanimation 33: 29-33
- Bonadonna P. (2010) "Paramedic Ultrasound", www.paramedicultrasound.com
- Boniface KS, Shokoohi H., Smith ER, Scantlebury K. (2010) "Tele-ultrasound and paramedics: real-time remote physician guidance of the Focused assessment With Sonography for Trauma examination", Am J Emerg Med, 29(5): 477-81
- Bowra J.,Forrester-Horder S., Caldwell E., Cox M., D'Amours S. (2010) "Validation of nurse-performed FAST ultrasound", Injury, 41(5): 484-7
- Brooke M., Walton J., Scutt D. (2010) "Paramedic application of ultrasound in the management of patients in the prehospital setting: a review of the literature", Emergency Medical Journal., 27(9):702-7
- Brooke M., Walton J., Scutt D., Connolly J., Jarman B. (2012) "Acquisition and interpretation of focused diagnostic ultrasound images by ultrasound-naive advanced paramedics: trialling a PHUS education programme", Emerg Med J., 29(4): 322-6
- Brun PM, Bessereau J., Chenitia H., Pradel AL, Deniel C., Garbaye G., Melaine R., Bylicki O., Lablanche C. (2014) "Stay and play eFAST or scoop and run eFAST? That is the questione!", American Journal of Emergency Medicine, 32: 166-70
- Busch M.(2006) "Portable ultrasound in pre-hospital emergencies: a feasibility study", Acta Anaesthesiol Scand,50: 754-8
- Chin EJ, Chan CH, Mortazavi R. (2013) "A pilot study examining the viability of a Prehospital Assessment with Ultra-Sound for Emergencies (PAUSE) protocol", J Emerg Med, 44(1): 142-9
- Cole F. (2003) "Advance practise nursing in the US: an overview", Emergency Nurse, 11(5):22-5
- D'Angelo C. (2014) "L'ecografia: una risorsa per l'infermiere", http://www.infermieristicamente.it/articolo/4989/l-ecografia-una-risorsa-per-l-infermiere/
- De Palma A. (2012) "Lettera del Presidente del Nursing Up al Ministro della Salute e al Presidente della Conferenza Regioni, in risposta alle osservazioni dell'AAROI-EMAC", Nursing Up Magazine, 9(3): 5
- Gallagher R., Vieira R., Levy J. (2012) "Bedside Ultrasonography in the Pediatric Emergency Department", Pediatr Emer Care, 28(10): 1107-11
- Gullace G., Castelnuovo S., Villa G., Sesana G., Neri L., Zoli A.(2010) "L'ecografia in emergenza sul territorio: Progetto DEM 118", N&A mensile italiano del soccorso, 210(4): 2-9
- Heegard W., Plummer D., Dries D. (2004) "Ultrasound for the air medical clinician", Air Med. J., 23(2): 20-3
- Heegard W., Nelson BP, Hildebrandt D, Ho J., Spear D. (2008) "Paramedic prehospital ultrasound training evaluation", Acad Emerg Med, 15(5): 46
- Heegard W., Hildebrandt D., Reardon R., Plummer D., Clinton J., Ho J. (2009) "Prehospital Ultrasound Diagnosis of Traumatic Pericardial Effusion", Academic Emergency Medicine, 16(4): 364
- Heegaard W., Hildebrandt D., Spear D., Chason K., Nelson B., Ho J. (2010) "Prehospital Ultrasound by Paramedics: Results of Field Trial", Academic Emergency Medicine; 17: 624-30
- Henderson S., Ahern T., Williams D., Mailhot D., Mandavia D. (2010) "Emergency department ultrasound by nurse practitioners", Journal of the American Academy of Nurse Practitioners, 22(7): 352-5
- Jang T., Kryder G., Sineff S., Naunheim R., Aubin C., Kaji AH (2012) "The Technical Errors of Physicians Learning to Perform Focused Assesment With Sonography in Trauma", Academic

Emergency Medicine, 19(1):98-101
- Lapostolle F., Petrovic T., Catineau J. (2005) "Training emergency physicians to perform out-of-hospital ultrasonography", Am J Emerg Med., 23(4): 572
- Lyon M., Walton P., Bhalla V., Shiver SA (2012) "Ultrasound detection of the sliding lung by prehospital critical care providers", American Journal of Emergency Medicine, 30(3): 485-8
- Mazen J., Zaghrini ES, Zaghrini E. (2013) "Prehospital Emergency Ultrasound: A review of Current Clinical Applications Challenges, and future Implications", Emergency Medicine International,2013(4): ID 531674, 6 pages
- Mazur SM, Pearce A., Alfred S., Sharley P. (2007) "Use of point-of care ultrasound by a critical care retrieval team", Emergency Medicine Australasia, 19: 547-52
- McGahan JP, Richards J., Gillen M. (2002) "The Focused Abdominal Sonography for Trauma Scan", J Ultrasound Med, 21:789-800
- Melanson SW, McCarthy J., Stromsky CJ, Kostenbader J., Heller M. (2001) "Aeromedical trauma sonography by flight crews with a miniature ultrasound unit", Prehospital Emergency Care, 5(4): 399-402
- Nelson BP, Chason K. (2008) "Use of ultrasound by emergency medical services: a review", Int J Emerg Med, 1: 253-9
- Nelson BP, Melnick ER,Li J. (2011) "Portable ultrasound for remote environments, part II: current indications", J Emerg. Med., 40(3): 313-321
- Nursing Up (2012) "Bozza Evoluzione della professione infermieristica, Aree di competenza nei nuovi scenari sanitari e socio sanitari, Tavolo di lavoro Regioni.Ministero (revisione dei profili di competenza dell'infermiere)", Nursing Up Magazine, 9(3): 6-15
- Ogedegbe C., Morchel H., Hazelwood V., Chaplin WF, Feldman J. (2012) "Development and evaluation of a novel, real time mobile telesonography system in management of patients with abdominal trauma: study protocol", BMC Emergency Medicine, 12: 19
- Press GM, Miller S., Hassan IA, Blankenship R., Del Junco D.,Camp E., Holcomb JB (2013) "Evaluation of a training curriculum for prehospital trauma ultrasound", The Journal of Emergency Medicine,45(6): 856-64
- Roline C., Heegard W., Moore J. (2013) "Feasibility of bedside thoracic ultrasound in the helicopter emergency medical service setting", Air Medical Journal, 32(3): 153-7
- Smith C. (2003) "EMS crews begin using portable ultrasound units in the field", JEMS, 28(7): 46-54
- Snaith B., Hardy M., Walker A. (2011) "Emergency ultrasound in the prehospital setting: the impact of environment on examination outcomes", Emergency Medicine Journal, 28: 1063-5
- Soulat M., Carrié C., Cassone O., Thicoipé M., Revel P. (2014) "Pour une utilisation généralisée de l'écographie préhospitalière", Lettres à la rédaction/Annales Françaises d'Anesthéesie et de Réanimation, 33: 444-9
- Storti M., Musella L., Cianci V. (2013)"L'utilizzo della tecnica ad ultrasuoni FAST eseguita dagli infermieri del Dipartimento di Emergenza: una revisione sistematica", Professioni Infermieristiche, 66 (1): 5-16
- Su MJ, Ma HM, Ko CI, Chiang WC, Yang CW, Chen SJ, Chen R., Chen HS (2008) "Application of tele-ultrasound in emergency medical services", Telemed J E Health, 14(8): 816-24
- Sun JT, Huang CY, Huang YS, Sim SS, Chong KM, Wang HP, Lien WC (2014) "Prehospital Ultrasound", Journal of Medical Ultrasound, 22(2): 71-7
- Takeuchi R., Harada H., Masuda K., Ota G., Yokoi M., Teramura N., Saito T. (2008) "Field testing of a remote controlled robotic tele-echo system in an ambulance using broadband mobile communication tecnologhy", J Med Syst., 32(3): 235-42
- Taylor J., McLaughlin K., McRae A., Lang E., Anton A. (2014) "Use of prehospital ultrasound in North America: a survey of emergency medical services medical directors", BMC Emergency Medicine, 14:6
- Unluer EE, Yavasi O., Kara PH, Kilic TY, Vandenberk N., Kayayurt K., Kiyancicek S., Akoglu H., Yilmaz C. (2011) "Paramedic performed Focused Assessment with Sonography in Trauma (FAST) in the emergency department", Turkish Journal of Trauma & Emergency Surgery, 17(2): 113-6
- WFAA Staff (2014),"Ambulance ultrasound trial aims to save lives" www.wfaa.com/news/health/Ambulance-Trial-Aims-to-Save-Lives-259848821.htm
- Whelan L., Justice W., Goodloe JM, Dixon JD, Yhomas SH (2012) "Trauma ultrasound in civilian tactical medicine",Emergency Medicine International, 2012: ID 781570, 6 pages
- Wilson P. (2011) "Norfolk paramedics to use ultrasound in ambulances", The Virginian-Pilot, http://hamptonroads.com/2011/10/norfolk-paramedics-use-ultrasound-ambulances
- Heegard W., Reardon R., Joing S. "EMS Pre-hospital Ultrasound", www.sonoguide.com/ems_pre-hospital.html
- "SonoSite, Physio-Control announce development collaboration for point-of-care ultrasound in EMS market" 2010, www.sonosite.com

di Riccardo Cusmà Piccione e Massimo Franzin

Giornata internazionale dell'infermiere: una partecipazione sempre più attiva

Sabato 14 Maggio, dalle 10 alle 18, abbiamo festeggiato presso piazza Duomo la nostra giornata internazionale dell'infermiere, caduta lo scorso 12 Maggio. In piazza si sono riuniti a festeggiare e a collaborare insieme infermieri di diverse aziende ospedaliere (es. ASST Lariana, Ospedale Valduce), diverse residenze sanitarie assistenziali (RSA), liberi professionisti e studenti di infermieristica dell'Università degli Studi dell'Insubria.

Durante la giornata infermieri e studenti sono stati protagonisti della rilevazione di parametri vitali, hanno proposto educazione sanitaria attraverso consigli in merito alla salute generale, alla prevenzione di patologie quali quelle cardiovascolari, dimostrazioni di manovre salvavita come la disostruzione delle vie aeree, il riconoscimento precoce dell'arresto cardiaco con la rianimazione cardiopolmonare e l'applicazione del defibrillatore.

Lo stand ha visto l'apertura alla cittadinanza della professionalità infermieristica, la visibilità del mondo non medico, una realtà che nella popolazione, nonostante i tempi moderni, ritengono ancora subalterna alla figura medica.

La giornata di sabato ha mostrato l'aspetto positivo universitario degli aspiranti infermieri del "domani", una presenza consistente all'interno dello stand; tuttavia, analizzando la situazione, ancora troppi infermieri iscritti al Collegio di Como ha disertato un'iniziativa non del Collegio di Como, ma dell'International Council of Nurses che identificò la ricorrenza con l'anniversario della nascita di Florence Nightingale, il 12 Maggio 1820. Negli anni la Caioss ed i collegi arrivarono a sensibilizzare la figura infermieristica, arrivando nel 1992 l'IPASVI a proporre manifesti e slogan per palesare come la figura infermieristica sia non di dipendenza medica, ma

sia a favore del cittadino. Tuttavia la professione che ci vede protagonisti nell'assistenza sanitaria quotidiana, non ha visto la giusta valorizzazione dal corpo infermieristico provinciale comasco, alcuni colleghi hanno portato un saluto, ma molti non hanno minimamente partecipato. Ciò denota un malcontento, un disagio vissuto dal mondo infermieristico che vede anche la mancata realizzazione di quel senso di appartenenza alla categoria dimostrata da qualche ora di condivisione in un festeggiamento cittadino.
La nostra fondatrice, citando l'articolo del nostro collega Andrea Fodaro di qualche mese addietro, disse "L'assistenza è un'arte e deve essere realizzata come un'arte; richiede una devozione totale ed una dura preparazione, come per qualunque opera di pittore o scultore, cola differenza che non si ha a che fare con una tela o un gelido marmo, ma con il corpo umano, il tempio dello spirito di Dio. È una delle belle arti, anzi l'arte più bella". Questo estratto potrebbe sembrare banale e ripetitivo, ma è il fondamento di quello che ogni giorno effettuiamo, l'assistenza empatica che trasmettiamo al nostro assistito, una motivazione che nonostante i momenti di crisi (es. il carico di lavoro eccessivo, turni usuranti, riconoscimento economico e professionale inadeguato) non deve venire meno, anzi, deve essere una propulsione al miglioramento dello status quo, una spinta al cambiamento; la "vecchia" generazione infermieristica, stanca degli anni di lavoro, di battaglie vince e perse, tuttavia non può non essere al fianco di giovani infermieri, i futuri protagonisti del cambiamento della professione; i giovani infermieri dovrebbero inoltre essere protagonisti della "pubblicizzazione" della professione nei confronti dei cittadini, dimostrando di non essere assenteisti e sterili alle iniziativa del Collegio e, in questo caso, del Consiglio Internazionale degli Infermieri.
Le future giornate internazionali dell'infermiere, unica professione festeggiata senza la specificazione di una specializzazione, come quella dei medici di medicina generale per esempio, vedranno la continua presenza degli infermieri nelle piazze mondiali ed italiane, in un'apertura alla popolazione, alla pubblicizzazione della professione e della professionalità infermieristica, troppo spesso contaminata da episodi di folclore mediatico, e delle "battaglie" che la professione avanza nel mondo del contesto nazionale e sanitario, come l'infermiere di famiglia, unità operative a conduzione infermieristica, le specializzazioni infermieristiche, la dirigenza e la ricerca da parte di infermieri.
Così il 12 maggio è stato in tutti questi anni non solo un giorno di pubblicità professionale, ma di incontro tra l'infermiere e il cittadino, mostrando chi siamo, cosa facciamo, quanto valiamo, non solo il 12 Maggio, ma tutti i minuti, di tutti i giorni, di tutti gli anni passati, presenti e futuri.

di Massimo Franzin

Infermieri delle Forze armate e della Polizia di Stato. Quali prospettive?

Si è tenuta a Roma la prima giornata sull'infermieristica delle Forze Armate e della Polizia di Stato organizzata dalla Federazione Ipasvi: si apre la strada di una collaborazione costruttiva.

ROMA - "La prima giornata sull'infermieristica delle Forze Armate e della Polizia di Stato vuole essere un momento di attenzione nei confronti degli infermieri che questa Federazione rappresenta ma soprattutto la volontà di intraprendere una collaborazione costruttiva finalizzata al miglioramento della condizione del professionista infermiere militare e della Polizia - oggi circa 4mila unità -, risorsa irrinunciabile per le Amministrazioni in cui è inquadrato ma non di meno per la società civile e per il cittadino in qualsiasi contesto". **Barbara Mangiacavalli**, presidente della Federazione nazionale Ipasvi, ha aperto così la scorsa settimana a Roma il convegno "L'infermiere militare nelle Forze Armate e di Polizia. Uno sguardo al passato, una riflessione sul presente ed una considerazione sul futuro", al quale sono intervenuti i rappresentanti delle Forze armate e della Polizia e dei ministeri che a diverso titolo costituiscono i riferimenti di questi professionisti.

Un mondo, ha sottolineato Mangiacavalli, che ha un doppio ruolo di difesa: quello della salute e quello dei cittadini e della loro libertà e che rappresenta un'eccellenza per il nostro Paese, come è emerso dal confronto con altri grandi paesi europei, illustrato dall'Ammiraglio Filippo Crociata, Capo ufficio ricerche e sviluppo tecnologico dell'Ispettorato generale sanità militare, intervenuto in rappresentanza del Generale Enrico Tomao, Ispettore generale della Sanità militare. Nella sua lettura magistrale l'Ammiraglio Crociata ha illustrato lo stato dell'arte in ambito militare europeo (in particolare quello della situazione Francese, che dà ampio spazio, anche finanziario, alla gendarmeria, ai medici e agli infermieri della difesa nazionale; ma anche quello Inglese, dove l'integrazione tra civili e militari è totale; per finire con quello Tedesco, che è

l'esempio di integrazione accreditata e validata per eccellenza, anzi in Germania è la sanità civile ad affidarsi a quella militare) e ha poi ricordato che occorrerebbe un riordino complessivo di tutti i settori rendendoli omogenei, anche attraverso il riconoscimento delle competenze in relazione all'inquadramento nel ruolo.
In Italia, ha spiegato l'Ammiraglio nel suo intervento, il processo in atto - sia endo-organizzativo sia inter-organizzativo - coinvolge necessariamente in modo considerevole il personale sanitario militare. Tutto questo in quanto occorre garantirne un impegno professionale quantitativamente e qualitativamente adeguato in termini di efficienza ed efficacia (non solo a livello di output immediato, ma anche a livello di outcome e di significatività strategica della funzione sanitaria implementata).
Le ricadute positive di una riorganizzazione con finalità di innalzamento della qualità, anche e soprattutto in chiave di integrazione, riguardano principalmente la formazione professionale on the job, di assoluta necessità, soprattutto per la pluralizzazione delle mansioni e dei contesti operativo-relazionali (assolutamente indispensabile per una componente sanitaria, come quella militare, impegnata nell'assolvimento di compiti in costante evoluzione).
Questo riguarda non solo le emergenze, ma anche l'ordinaria amministrazione, sia le modalità di trattamento sia la strumentazione impiegata. Il tutto in un contesto caratterizzato dall'estrema variabilità delle condizioni di salute e da caratteristiche socio-culturali dei destinatari degli interventi sanitari che tendono a cambiare più rapidamente rispetto al passato.
La spinta all'integrazione con il SSN potrebbe assolvere un ruolo cruciale in tale possibile processo.
A questo riguardo, vanno però adeguatamente considerate le dinamiche che caratterizzano il SSN. Esigenze anche in questo caso di natura in primo luogo economica hanno determinato nella sanità civile una innovazione che presenta evidenti risvolti inerenti la cultura organizzativa.

Il riferimento va soprattutto alla progressiva diffusione dei concetti di accuratezza e appropriatezza, ma soprattutto dell'esigenza di non applicarli in senso generico, bensì di documentarne, quantificarne e, quindi, valutarne (in itinere, attraverso opportune azioni di monitoraggio, o ex post) l'effettiva o la mancata applicazione.
Alla luce di tale nuovo approccio organizzativo e gestionale del SSN, nel caso di una cooperazione strutturale avanzata (una autentica integrazione) sarebbe praticamente inevitabile per le strutture (e gli operatori) del SSM l'erogazione di servizi anche a pazienti non militari. Tale caratterizzazione, risulterebbe peraltro perfettamente allineata - come abbiamo visto - a quella delle organizzazioni sanitarie militari dei principali Paesi occidentali e ispirata sia dalla consapevolezza della strettissima relazione esistente tra volume di attività e qualità delle prestazioni (che potrebbe invece essere messa a rischio da un impegno operativo troppo votato alla gestione dello straordinario) sia dalla conoscenza delle concrete opportunità di attirare risorse economiche non direttamente attribuite al bilancio della Difesa.
Al di là di quelli di natura economica, i principali benefici saranno quelli formativi, di cui beneficeranno i professionisti del SSM.
"A tal proposito – ha detto - qualche breve considerazione proprio sulle risorse umane. Sotto questo profilo, occorre in primo luogo sottolineare l'eccellenza italiana, ovvero una qualità media degli operatori civili e militari di primissimo livello, di per sé in grado di compensare buona parte dell'eventuale divario quantitativo e strutturale esistente.
In tale contesto, l'infermiere riveste un ruolo di particolare rilevanza, in quanto in grado di esprimere una diretta 'funzione di garanzia e di essenziale salvaguardia del paziente'.
Per concludere, l'integrazione formalmente interna rappresenta la premessa contestuale in cui sviluppare e rafforzare le sinergie tra SSM e SSN. Peraltro, lo scambio di competenze e la collaborazione con le realtà sanitarie civili del Paese, in particolare ospedaliere, garantirebbe ai militari il massimo dell'assistenza e amplierebbe la gamma dei servizi offerti alla collettività, sia nell'ambito dei servizi ospedalieri sia in caso di grandi calamità, in un'ottica di qualità e risparmio.
Pur tuttavia, questi non possono essere considerati obiettivi di una specifica componente, bensì dell'intero sistema sanitario e più in generale della Pubblica Amministrazione (Difesa compresa) del nostro Paese".
Per quanto riguarda la Polizia, **Fabrizio Ciprani**, Dirigente superiore medico della Polizia di Stato, delegato al convegno dal Capo della Polizia Alessandro Pansa, ha sottolineato che "i nostri Infermieri devono essere preparati e anche meglio degli Infermieri civili, soprattutto perché sono spesso chiamati a lavorare in settori e compiti specifici dell'assistenza e in momenti critici della sicurezza locale e nazionale; gli Infer-

mieri e i Medici di Polizia non hanno strutture adeguate di ricovero come le forze militari; i nostri Infermieri vengono però inquadrati dal punto di vista del lavoro ed economicamente in un livello più basso di chi in Polizia non ha lo stesso livello di studi e questo non va bene; questa situazione va modificata, si deve dare il giusto riconoscimento a uomini e donne che servono lo Stato e che tutti i giorni mettono a disposizione la loro esperienza e le loro competenze".

Gran parte delle indagini oggi in essere in Italia, ha aggiunto, riguardano ambiti sanitari e pensare di avere degli Infermieri di Polizia demotivati e senza ruolo ben definito è impensabile. E se lo dice un medico vuol dire che qualcosa deve cambiare. Come cambia la scienza, cambia la sanità e cambiano le competenze degli uomini e delle donne che sono tutti i giorni al servizio della popolazione civile italiana.

La storia e l'attività della sanità nei diversi corpi militari e nella Polizia, sono state illustrate nelle relazioni al convegno, il cui svolgimento è stato presieduto da Pierpaolo Pateri, membro del Comitato centrale Ipasvi che ha anche curato l'organizzazione scientifica dell'evento.

Sugli infermieri di Polizia e il loro inquadramento per riconoscerne meriti e formazione è intervenuto il Revisore tecnico infermiere Maurizio Bellini. L'Infermiere nella Polizia di Stato, ha spiegato, compare nel 1930 (Regio decreto 30 novembre 1930 n. 1629 art. 30). Oggi è inquadrato con un DPR del 1982 e il suo livello, anche economico, va da quello di un possessore di terza media fino al massimo di un diplomato. Per di più non è prevista l'iscrizione all'Ipasvi, anche se, ha spiegato Bellini, gli infermieri di Polizia sono tutti iscritti perché "ci sentiamo di appartenere al mondo degli infermieri italiani". l'infermiere di Polizia ha anche un profilo professionale interno dal 1985, che però lo 'sottomette' al medico e non gli dà la responsabilità dell'assistenza infermieristica. Si occupa di sanità pubblica, di attività forense, di area critica, di formazione, di medicina del lavoro, di azioni di polizia vera e propria, di burocrazia. Oggi gli infermieri in organico sono 216, mal distribuiti: occorrono nuovi e urgenti concorsi, va riadeguata la norma che disciplina l'attività infermieristica e va aggiornata al profilo professionale dell'infermiere stabilito dal D.M. 739/94 e a tutte le norme successive. Deve poi essere garantito l'aggiornamento professionale sia come ECM che con la possibilità di svolgere studi di livello universitario. Oggi, ha spiegato Bellini, l'infermiere di Polizia non è inquadrato nel ruolo direttivo: seppure laureato infatti si ferma al settore di revisore tecnico, identico a chi ha la terza media. Occorre modificare la legge e inquadrare gli infermieri tra i commissari di Polizia o vicini ai Commissari; gli infermieri devono essere inquadrati nel ruolo professionale dei sanitari (come i medici).

Per quanto riguarda gli infermieri nell'Esercito il quadro è stato tracciato dal 1° Maresciallo luogotenente infermiere **Tarquinio Fornari**. Le origini degli infermieri militari, ha spiegato Fornari, risalgono al 1644; più tardi nascono gli "ospedali volanti" e gli "ospedali reali"; nel 1833/48 nasce il Corpo Sanitario dell'Esercito Italiano; nel 1848 nasce la prima Compagnia degli Infermieri; solo nel 2000 però si inizia a parlare prepotentemente di Infermieri militari e grazie all'interessamento della Federazione nazionale dei Collegi Ipasvi; nel 1975 nasce lo Stanag n. 2122 e compare per la prima volta il ruolo dell'infermiere. Nel 1978 con la la Legge n. 833 si tiene conto degli infermieri militari e solo nel 2010 con il Dlgs n. 66 si stabilisce qual è il loro ruolo nell'Esercito Italiano e nell'ambito civile. I compiti sono: attività di diagnosi, cura e riabilitazione; accertamento dell'idoneità al servizio; attività medico-legali; attività di medicina preventiva; formazione sanitaria del personale; supporto logistico alle Forze Armate; collaborazione fattiva con la protezione civile. L'infermiere militare opera in vare strutture italiane e può operare anche all'estero nell'ambito di caserme interforze e in missione. Il DM 18 aprile 2002 prevede che chi non può lavorare più nell'ambito

militare possa passare anche all'ambito civile, ma ci sono, tuttavia, tante criticità: concorsi, formazione, inquadramento professionale, riconoscimento dei titoli accademici. Con la Legge Madia secondo Fornari si potrebbero risolvere molte di queste criticità e restituire dignità a tutti gli infermieri militari in Italia o provvisoriamente all'Estero.

Gli infermieri della marina Militare, ha spiegato il Maresciallo **Paolo Carbonaro,** seguono una formazione specifica a Taranto sotto l'egida dell'Università degli Studi di Bari. La formazione è continua, ma non c'è un preciso inquadramento professionale. Il percorso di laurea infermieristica è una combinazione di tecniche e saperi civili e militari, navali nel caso specifico. L'addestramento militare è molto rigido, come lo è anche quello civile e al termine del primo anno l'allievo infermiere va per navi ed è sottoposto al cosiddetto battesimo del mare. Gli Infermieri della Marina possono accedere anche a formazione estera in collaborazione con le forze degli Stati Europei e della Nato. L'operatività dell'Infermiere di bordo ha acquisito competenze specialistiche in superficie, lungo i mari e in scenari subacquei e iperbarici. In assenza del medico di bordo l'infermiere di Marina diventa la guida unica in ambito sanitario, ma non si sostituisce al medico, anzi collabora con lui in un clima di perfetta integrazione. L'infermiere di Marina può specializzarsi in attività subacquee e in camere iperbariche militari, intervenendo direttamente in caso di emergenza anche nelle profondità marine e anche in soccorso a piloti militari in caso di sinistri, di schianto o di ammaraggio del velivolo. L'infermiere di Marina è impiegato nelle operazioni di salvataggio degli immigrati clandestini; uomini e donne sono impegnati tutti i giorni nel salvaguardare la vita dei militari e dei civili in mare. Il profilo psicologico dell'infermiere di Marina è chiaro e preciso: deve essere sempre disponibile, deve partecipare e fare formazione, deve riconoscere i segni e sintomi dello stress lavorativo. Carbonaro ha però illustrato anche il rovescio della medaglia: occorre un riconoscimento professionale adeguato alle reali competenze acquisite e validate, anche in carriera.

La storia degli infermieri militari e dell'Aeronautica è assai antica, ha spiegato il 1° Maresciallo **Camillo Borzacchiello:** Napoleone fu uno dei primi a istituire strutture sanitarie organizzate. In Italia è il Re Carlo Alberto a volere la prima struttura organizzata; nel 1848, 360 infermieri militari furono impiegati alle dipendenze degli ufficiali medici; con Pio IX (Stato Pontificio) vennero impiegati 126 infermieri militari in Vaticano. Anche i Borboni istituirono un comparto militare, comprendendo al suo interno anche gli infermieri; nel 1908 vengono istituite in Italia le infermiere del Corpo Militare. La sanità militare attuale deve la sua nascita a Padre Pio da Pietrelcina, che fece il militare però solo per un breve periodo ammalandosi di TBC. A partire dagli anni '60 gli infermieri italiani hanno visto progressivamente realizzarsi il loro profilo professionale, attraverso un'adeguata formazione dapprima parauniversitaria e poi universitaria a pieno titolo ed è per questo, ha concluso che l'Infermiere attuale è un professionista laureato ad alta perfusione culturale e scientifica e gli Infermieri in Aeronautica, quindi, hanno gli stessi diritti e doveri degli infermieri militari, con le medesime criticità.

Infine, dell'infermiere nell'Arma dei Carabinieri ha parlato al convegno il Maresciallo Capo **Pierluigi Porcedda**. In Italia, ha spiegato, ci sono 40 infermerie disseminate con strutture incentrate in massima parte nella Regione Lazio. Il personale sanitario dell'arma è costituito da 117 medici e 2 farmacisti, 185 infermieri (ispettori, soprintendenti e appuntati), 42 operatori sanitari provenienti da altre figure professionali; tutto il personale è inquadrato nel ruolo classico, non vi è un riconoscimento specifico, anche se specifiche sono le sue competenze: si occupa di medicina preventiva, di assistenza, riabilitazione e cura, di sostegno psicologico, di medicina legale e del lavoro, di educazione sanitaria; in alcune occasioni sostituisce il medico, ma è raro. Prevalentemente l'attività sanitaria è disciplinata dal medico e l'infermiere dell'Arma collabora con lui. Gli Infermieri sono presenti in alcuni corpi speciali dei Carabinieri (GIS, Subacquei ecc.) e il personale infermieristico è ridotto rispetto alle esigenze assistenziali dell'Arma. Per questo Porcedda ha sottolineato la necessità di riflettere sull'incremento di personale di settore, ricordando che, tra le altre criticità, c'è l'obbligo per gli infermieri di assistere tutti i colleghi che lo necessitano e in totale assenza della parte medica. Di fatto quello che prima era una necessità oggi è un obbligo, ma il personale è troppo esiguo. Inoltre, va detto che molti sono utilizzati anche in altri compiti, per cui spesso si viene meno alla missione infermieristica. Anche le risorse per la formazione e l'aggiornamento sono sempre più ridotte e anche in questo caso per gli infermieri dei Carabinieri si dovrebbe stabilire il giusto inquadramento, omogeneizzando le carriere.

Ha chiuso i lavori una tavola rotonda a cui hanno partecipato oltre agli esponenti militari **Riccardo Guarducci**, Contrammiraglio (capo uffici del personale ispettorato sanità Marina Militare) e **Piervalerio Manfroni**, Generale Ispettore

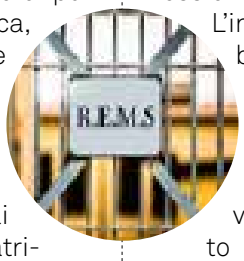
– Capo del servizio Sanitario Aeronautica Militare, **Cecilia Maceli** dell'Ufficio per l'organizzazione del personale del ministero della Funzione Pubblica, **Saverio Proia**, esperto del ministero della Salute e la presidente Ipasvi Barbara Mangiacavalli.
Secondo il Contrammiraglio Guarducci, durante il convegno sono state ben esplicate le modalità di inquadramento dell'infermiere nei corpi militari nazionali. La qualifica di sergente non rende giustizia, ad esempio, al grado di formazione accademica dell'infermiere moderno. Il grado di maresciallo viene quindi accordato a chi possiede una laurea di primo livello, mentre per la specialistica o la magistrale il grado corrispondente è quello di ufficiale. Tuttavia, di infermieri ufficiali, in Italia, ce ne sono poche. Il perché è da ricerca nei tagli agli organici. Un infermiere ufficiale, in pratica, sarebbe una risorsa in meno in ambito clinico, in quanto con funzioni meramente direttive e di coordinamento. Un "lusso" che a quanto pare, i corpi militari non possono permettersi al momento. Tuttavia, dal 2017, cambierà qualcosa nelle modalità di reclutamento. Non si accederà solamente con il diploma (in qualità, quindi, di allievo maresciallo durante il percorso accademico), ma sarà possibile partecipare a selezioni anche con la laurea di primo livello, e quindi con inquadramento iniziale già da maresciallo.
Per il Generale Manfroni la sanità militare è pienamente proiettata nel futuro. Ci sono praterie inesplorate sui cui dobbiamo essere presenti. Pensiamo ad esempio a tutto quello che è la medicina aerospaziale: dall'assistenza al personale aeronavigante alla selezione degli astronauti. Nessuna università italiana, ad esempio, è attrezzata in tal senso. C'è poi il tema del trasporto feriti in volo, del trasporto di pazienti infetti, con malattie contagiose. Anche questo è un mondo tutto da esplorare, da implementare, su cui possiamo essere all'avanguardia. Immaginiamo anche la nascita di ospedali di pronto soccorso, attrezzati per l'emergenza e organizzati in maniera sostanzialmente diversa ai pronto soccorso degli nostri attuali ospedali.
Bisogna favorire un'autonomia reale della sanità militare, ha sottolineato Cecilia Maceli, in un contesto però che finalmente crei una uguaglianza a livello di inquadramento professionale dei professionisti sanitari, a partire dagli infermieri. In ambito "civile", infatti, entrano nel sistema con un inquadramento equivalente a quello del funzionario di categoria D, mentre abbiamo visto che in ambito militare un laureato può anche ricoprire un ruolo di terzo livello. Molto si farà con il Dpcm sulla semplificazione della Pa, che prevede tabelle di equiparazione tra personale civile e militare, anche per favorire un reale sviluppo di carriera in quest'ultimo ambito.
E per Saverio Proia, le regioni stanno dimostrando di apprezzare la sanità militare, in Emilia Romagna, ad esempio, sono già in piedi interessanti accordi. Quest perché siamo in presenza di professionisti con competenze avanzate.
Resta il problema di dare piena attuazione alla legge istitutiva n.833, integrandola nel modo giusto con il dettato del nuovo patto della salute, con la valorizzazione del territorio e la vocazione degli ospedali principalmente acuzie e urgenze/emergenze.
La tavola rotonda è stata interrotta per alcuni minuti da un evento speciale: i **saluti in diretta dei medici e infermieri del contingente italiano in Afghanistan**. La presidente e il riconoscimento dei partecipanti che hanno a lungo applaudito il collegamento e i colleghi ha sottolineato che gli operatori sanitari militari nei luoghi di guerra rappresentano l'orgoglio italiano nei campi dove tutti i giorni vivono in maniera diretta il dolore, la sofferenza e la morte.
"Siamo contenti e orgogliosi – ha concluso la presidente Mangiacavalli - di aver oggi inaugurato un percorso poco battuto finora, facendo da punto di incontro tra ministero, funzione pubblica e sanità militare. Apprezziamo lo sforzo di superare le differenze di inquadramento, ma ci sono sicuramente molti spazi per migliorare l'attuale impianto normativo".

*di Rosalia De Marco**

L'aggressività nel Dipartimento di salute mentale e il superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari

I servizi psichiatrici presentano un elevato livello di complessità gestionale. Tale complessità deriva in primo luogo dalla criticità delle patologie coinvolte. Sono passati ormai 38 anni dall'approvazione della legge 180/78 di riforma dei servizi psichiatrici, ma tuttora sono presenti nella nostra realtà atteggiamenti che non riconoscono la natura sanitaria della patologia mentale e contribuiscono allo stigma sociale dei malati di mente con particolare riferimento a quei soggetti che sono anche autori di reati.

In questi ultimi anni si è assistito a un cambio di posizione della politica, con l'approvazione di normative che vanno in direzione di un cambiamento, con il superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari e l' istituzione delle Rems (Residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza), che hanno una connotazione prevalentemente sanitaria.



L'azione dell'infermiere nei servizi di salute mentale, non è, e non può essere, isolata rispetto all'operare degli altri professionisti.

L'infermiere in ambito psichiatrico compie un salto di qualità: si spoglia del suo passato nel quale veniva identificato come "carceriere" amato ma temuto dai pazienti, esecutore inflessibile di severe punizioni, per divenire, invece un professionista che collabora in équipe per la realizzazione di un progetto che riguarda la vita futura del paziente.

La relazione d'aiuto è una competenza primaria dell'infermiere di salute mentale; dalle stesse risulta inoltre che laddove tale competenza viene limitata, gli infermieri appaiono maggiormente

** Coordinatore Infermieristico DSM ASST Lariana – SPDC Ospedale Sant'Anna, CRM - Emergenza Territoriale Pschiatrica Como*

stressati ed insoddisfatti.
Nell'epoca manicomiale, terminata nel nostro paese circa 35 anni fa con la legge 180 del 1978, il malato di mente era considerato organicamente deteriorato, inguaribile, pericoloso per sé e per gli altri.
La legge 180 del 1978 ha capovolto il concetto di obbligatorietà della cura prevista dalla legge manicomiale del 1904, prevedendo di norma la volontarietà e solo in alcuni casi il trattamento sanitario obbligatorio. La 180 ha inoltre determinato la chiusura dei manicomi indicando il territorio come luogo di prevenzione, cura e riabilitazione delle malattie mentali.
Le normative oggi vigenti nel nostro Paese in materia di salute mentale vedono come elemento centrale di riferimento la legge 180 del 1978, successivamente recepita nell'ambito della riforma sanitaria dettata dalla legge 833 sempre del 1978. Si tratta di norme che hanno cambiato radicalmente la vecchia legislazione manicomiale del 1904, Legge n. 36 "Disposizioni sui manicomi e sugli alienati", della quale è interessante ricordare alcuni tratti.
In particolare si prevedeva una responsabilità istituzionale dei manicomi a livello provinciale, con la vigilanza del Ministero dell'Interno e dei Prefetti, e si affidava la piena autorità su tutto ciò che accadeva al loro interno al direttore, come accade con il capitano su una nave.
Nel regolamento manicomiale, di cinque anni successivo alla legge, Regio Decreto n. 615 del 1909 "Regolamento sui manicomi e sugli alienati", si affermava che i requisiti per diventare infermieri erano una sana costituzione fisica, aver serbato buona condotta morale e civile, saper leggere e scrivere oltre ad aver compiuto 18 anni.

"Art. 23: Gli infermieri devono essere dotati di sana e robusta costituzione fisica, riconosciuta con apposita visita medica, aver serbato buona condotta morale e civile, saper leggere e scrivere e aver compiuto 21 anni se maschi, e 18 se femmine)".
Agli infermieri spettava sorvegliare ed assistere i malati, vigilare affinché non nuocessero a sé e agli altri, adibirli ad occupazioni.
Legge n. 431 del 1968 "Provvidenze per l'assistenza psichiatrica", che cambiava la denominazione dei manicomi in ospedali psichiatrici, con non più di cinque divisioni, ciascuna con non più di 125 posti letto; si abrogava l'annotazione dei provvedimenti di ricovero degli infermi di malattie mentali nel casellario giudiziario.

Dalla chiusura di un ex-ospedale psichiatrico alla costruzione del Dipartimento di Salute Mentale (DSM)

La svolta decisiva: è il 1978 quando Franco Basaglia porta in Parlamento una legge che prevedeva la dismissione degli ospedali psichiatrici e la cura dei malati negli ambulatori territoriali.
Gli obiettivi si possono riassumere:

- Tutelare i diritti del paziente
- Favorirne il recupero sociale
- Promuovere un modello assistenziale allargato sul territorio.

Con questa legge si vuole omologare il paziente psichiatrico ai malati con altre patologie e spostare sul territorio l'assistenza psichiatrica.
Una delle critiche maggiori rivolte alla Legge 180 è rappresentata proprio dalla mancata definizione dei servizi e presidi alternativi all'ospedale psichiatrico e delle conseguenti linee guida.

Dal manicomio criminale all'ospedale psichiatrico giudiziario

Nel 1973 Franco Basaglia affermava che: "ciò che è già evidente nel manicomio civile risulta ancora più chiaro nel manicomio giudiziario dove medicina e giustizia si uniscono in un'unica finalità: la punizione di coloro che per la cui cura e tutela medicina e giustizia dovrebbero esistere."

[1]

Il manicomio criminale, definizione mutata prima in manicomio giudiziario, nell'immediato dopoguerra, poi, con la riforma penitenziaria, in Ospedali psichiatrici giudiziario, è un'istituzione totale[2] dalle origini ambigue, incrocio del discorso penale con quello psichiatrico. Nasce, in Italia, a fine Ottocento, per consentire l'internamento di due specifiche categorie: i detenuti che "perdevano la ragione" durante la detenzione (i cosiddetti rei-folli) e i sofferenti psichici colpevoli di un reato (i cosiddetti folli-rei). La nascita del primo nucleo del manicomio giudiziario fu dovuta a una

[1] *Franco Basaglia, 1973, Che cos'è la psichiatria, Einaudi Torino*
[2] *"Una istituzione totale può essere definita come il luogo di residenza e di lavoro di gruppi di persone che, tagliate fuori dalla società per un considerevole periodo di tempo, si trovano a dividere una situazione comune, trascorrendo parte della loro vita in un regime chiuso e formalmente amministrato." Erving Goffman, 1968, Asylums, Le istituzioni totali: i meccanismi dell'esclusione e della violenza, Einaudi, Torino.*

scelta dell'amministrazione carceraria che, nel 1876, inaugurò una "sezione per maniaci" nella Casa penale per invalidi di Aversa.
Il dispositivo dell'internamento nel manicomio criminale, nei suoi elementi essenziali e ancora attuali, trova il suo perfezionamento con le misure di sicurezza come introdotte con il codice penale Rocco. L'applicazione delle misure di sicurezza è subordinata a due presupposti, uno oggettivo (la commissione di un fatto previsto dalla legge come reato) e l'altro di tipo soggettivo (la pericolosità sociale del soggetto). L'articolo 202 c.p. stabilisce infatti che le misure di sicurezza possono essere applicate solo alle persone socialmente pericolose che abbiano commesso un fatto previsto dalla legge come reato. La misura di sicurezza ha una durata relativamente indeterminata: l'applicazione di tali misure è fissata dalla legge nel minimo, ma resta indeterminata nel massimo, e ciò in quanto è impossibile determinare in anticipo la cessazione della pericolosità del soggetto. Ai sensi dell'articolo 207 c.p., infatti, tali misure non possono essere revocate se le persone a esse sottoposte non hanno cessato di essere socialmente pericolose.[3]
L'istituto delle misure di sicurezza è espressione di un meccanismo definito "doppio binario". Se l'autore di un reato è "sano di mente" viene condannato a una pena detentiva, proporzionale alla gravità del reato commesso. Questa pena ha un termine fissato nel tempo. Se, invece, all'autore di un reato viene riconosciuto un "vizio di mente" ed è, contestualmente, ritenuto socialmente pericoloso, viene dichiarato non imputabile. Il processo non si svolge, e l'imputato deve scontare, in un manicomio criminale, una misura di sicurezza detentiva.
Il folle autore di reato è tecnicamente, "prosciolto", perché non imputabile, ma in realtà, sconta una pena della quale non conosce fine. Non può sapere con certezza, quanto durerà il suo internamento.
Nel linguaggio del mondo penitenziario, si chiama "ergastolo bianco" la sorte di quegli internati che, spesso anche a fronte di reati non gravi, hanno avuto prorogata per decine di volte la misura di sicurezza, a causa di un parere medico sfavorevole o, più semplicemente, perché non disponevano di una casa e di un lavoro ad attenderli, oltre le mura del manicomio.
Bisogna aspettare la fine degli anni Settanta per disporre di elementi utili alla costruzione delle condizioni di vita degli internati. Negli anni in cui nasce e si rafforza il movimento basagliano, troviamo la prima

articolata testimonianza della vita all'interno di un manicomio giudiziario. In seguito alle morti e varie denunce di maltrattamenti e abusi inizia ad emergere la situazione dei manicomi. Si deve attendere la pubblicazione del rapporto del Comitato europeo per la prevenzione della tortura[4] perché si determini uno degli eventi più importanti nella storia degli Opg. Il Comitato, organismo indipendente del Consiglio d'Europa, nel 2008 (tra il 14 e il 26 settembre) si reca in visita nel manicomio casertano. Il rapporto viene reso pubblico il 20 aprile 2010 e dimostra che il tempo di questi luoghi si è fermato.
Il Comitato raccomanda alle autorità italiane che si redigano programmi individualizzati di trattamento per tutti i pazienti e si sviluppino, contestualmente, le attività terapeutiche.
La Commissione parlamentare di inchiesta sull'efficacia e sull'efficienza del sistema sanitario nazionale, istituita nella XVI legislatura con Deliberazione del 30 luglio 2008, pubblicata nella Gazzetta Ufficiale n. 182 del 5 agosto 2008, ha effettuato le sue prime visite negli ospedali psichiatrici giudiziari nell'estate del 2010, successivamente alla pubblicazione del rapporto del CPT.
I componenti della Commissione, presieduta dal Senatore Ignazio Marino, sono accompagnati dai carabinieri del NAS. Le visite della Commissione confermano i risultati del

[3] C. Bianco e D.S. Dell'Aquila, 2010, Inumani e degradanti: gli Ospedali psichiatrici alla luce del sole, in Antigone. Quadrimestrale di critica del sistema penale e penitenziario, anno V, n. 1/2010, L'Harmattan Italia, Torino, pp. 94-113
[4] Il Comitato europeo per la prevenzione della tortura e delle pene o trattamenti inumani o degradanti (CPT) prevede un sistema di visite nei luoghi per verificare le condizioni di trattamento delle persone private della libertà. Ha la facoltà di visitare carceri, centri di detenzione minorile, commissariati di polizia, centri di detenzione per immigrati irregolari, istituti psichiatrici, strutture e istituzioni di ricovero a carattere sociale. È stato istituito in virtù delal Convenzione europea per la prevenzione della tortura e delle pene o trattamenti inumani o degradanti entrata in vigore nel 1989, basato sull'articolo 3 della Convenzione europea per la salvaguardia dei diritti dell'uomo e delle libertà fondamentali, che stabilisce che nessuno può essere sottoposto a tortura, né a pene o trattamenti inumani o degradanti.

rapporto europeo e dimostrano che la situazione è ugualmente grave ad Aversa come negli altri Opg. Il decreto legge 22 dicembre 2011, n. 211, successivamente convertito in legge 17 febbraio 2012, n.9, ha disposto all'articolo 3 ter la chiusura delle strutture per la data del 31 marzo 2013. Il decreto legge 21 marzo 2013, n. 24, ha poi prorogato tale chiusura al 1 aprile 2014. Ancora una volta, tuttavia, il termine originariamente disposto non è stato rispettato e lo stesso 1 aprile il presidente della Repubblica ha promulgato un decreto legge che ha fissato al 30 aprile 2015 la data entro la quale chiudere queste strutture e sostituirle con le Residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza (Rems). Secondo le nuove disposizioni, le misure di sicurezza del ricovero in Opg e dell'assegnazione a casa di cura e custodia devono essere eseguite esclusivamente all'interno delle strutture sanitarie, fermo restando che le persone che hanno cessato di essere socialmente pericolose devono essere dimesse e prese in carico, sul territorio, dai Dipartimenti di salute mentale.

Il D.Lgs. 22 giugno 1999 n. 230, «riordino della medicina penitenziaria, a norma dell'articolo 5 della legge 30 novembre 1998, n. 419», ha stabilito che i detenuti e gli internati hanno diritto, al pari dei cittadini in stato di libertà, all'erogazione delle prestazioni di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione. In particolare, l'articolo 3 dello stesso disegno di legge, ha assegnato: al ministero della Sanità le competenze in materia di programmazione, indirizzo e coordinamento del Servizio Sanitario Nazionale negli Istituti penitenziari; alle regioni le competenze in ordine alle funzioni di organizzazione e programmazione dei servizi sanitari regionali negli istituti penitenziari e il controllo sul funzionamento dei servizi medesimi; dal punto di vista pratico, però, possiamo considerare che la prima azione concreta di superamento del modello di cura degli Opg è stata la sentenza della Corte costituzionale n. 253 del luglio 2003 che ha definito illegittimo l'art. 222 del codice penale relativo al ricovero in Opg, nella parte in cui non consentiva al Giudice, nei casi ivi previsti, di adottare una misura di sicurezza diversa, idonea ad assicurare adeguate cure all'infermo di mente e a far fronte alla sua pericolosità sociale. Con tale sentenza venne superato l'automatismo dell'applicazione della misura di sicurezza in Opg, nel caso di accertata pericolosità sociale psichiatrica per il cui controllo possono essere considerate adeguate misure differenti dall'internamento in Opg. La Suprema Corte ha voluto far prevalere l'interesse alla salute della persona (art. 32 della Costituzione) e il suo diritto alla salute, proponendo in alternativa al ricovero in Opg, un percorso terapeutico territoriale gestito dal DSM attraverso i servizi utilizzati dai malati di mente non autori di reato. La differenza era che tali percorsi sono vincolati da un provvedimento di libertà vigilata emesso dal Giudice. Infatti, secondo l'art. 228 c.p. alla persona in stato di libertà vigilata sono imposte dal Giudice prescrizioni idonee ad evitare occasioni di nuovi reati. La precisazione del termine "pericolosità sociale" in psichiatria forense consiglierebbe di sostituire tale termine sociale con uno meno stigmatizzante, che espliciti meglio il senso della prognosi negativa, indipendente dal tipo di reato commesso. Viene sovente confuso con il vecchio termine di "pericoloso a sé e agli altri" oppure con la pericolosità sociale di competenza del magistrato ai sensi dell'art. 133 c.p., derivante dalla gravità del reato commesso. A seguito della sentenza del 2003 la maggior parte degli infermi di mente ai sensi degli artt. 88 e 89 c.p., con una scarsa consapevolezza di malattia e, quindi, con prognosi non favorevole sulla reiterazioni di reati, è stata considerata portatrice di una "pericolosità sociale attenuata" ovvero contrastabile efficacemente da un percorso di cura alternativo all'internamento in Opg. Una successiva sentenza della Suprema Corte (n. 9163 del 2005) ha ampliato l'ambito delle infermità rilevanti dal punto di vista dell'applicazione del vizio totale o parziale di mente (artt. 88 e 89 c.p.) ai Disturbi della Personalità gravi per consistenza, intensità e rilevanza. Questa sentenza ha determinato un incremento del numero di soggetti con vizio parziale di mente (art. 89), portatori di una pericolosità sociale "attenuata" ovverosia per il contrasto della quale sono sufficienti percorsi di cura differenti dall'internamento in Opg.

Con la Legge 30 maggio 2014, n. 81 al comma 1, lettera b, "il giudice dispone nei confronti dell'infermo di mente e del seminfermo di mente l'applicazione di una misura di sicurezza, anche in via provvisoria, diversa dal ricovero in un ospedale psichiatrico giudiziario o in una casa di cura e custodia, salvo quando sono acquisiti elementi dai quali risulta che ogni misura diversa non è idonea ad assicurare cure adeguate e a fare fronte alla sua pericolosità sociale, il cui accertamento è effettuato sulla base delle qualità soggettive della persona e senza tenere conto delle condizioni di cui all'articolo 133, secondo comma, numero 4, del codice penale. Allo stesso modo provvede il magistrato di sorveglianza quando interviene ai sensi dell'articolo 679 del codice di procedura penale. Non costituisce elemento idoneo a supportare il giudizio di pericolosità sociale la sola mancanza di programmi terapeutici individuali". Al comma 8, 1- quarter la stessa Legge n. 81 prevede che "... Le misure di sicurezza deten-

tive provvisorie o definitive, compreso il ricovero nelle residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza (Rems), non possono durare oltre il tempo stabilito per la pena detentiva prevista per il reato commesso, avuto riguardo alla previsione edittale massima. La norma pone fine ai cosiddetti "ergastoli bianchi".
Nel nostro territorio comasco è stato elaborato un documento condiviso con gli attori che devono fronteggiare il problema dei soggetti autori di reato con patologie psichiatriche. È stato siglato il giorno 11 marzo 2014 il "Protocollo di intesa: coordinamento degli interventi giudiziari, sanitari e di ordine pubblico relativi a pazienti psichiatrici coinvolti in vicende giudiziarie".
Il Protocollo di intesa è stato condiviso con i Giudici del settore penale del Tribunale di Como, la Procura della Repubblica di Como, la Camera Penale di Como, l'ex-ASL di Como, la Prefettura di Como, le Forze dell'Ordine (Carabinieri, Guardia di Finanza e Polizia di Stato), il Dipartimento di Salute Mentale, il Servizio Sanitario di Urgenza e Emergenza e l'Azienda Sanitaria Locale. Questi attori hanno riconosciuto il valore di una azione congiunta e coordinata e si sono impegnati reciprocamente ad una collaborazione di rete sul territorio della provincia di Como per garantire sistematicità a prassi virtuose già in parte sperimentate e che hanno dato piena prova di sé: la finalità è quella di condividere ed integrare risorse e saperi per gestire al meglio le problematiche giudiziarie, quelle di ordine pubblico, e quelle di assistenza sanitaria in vista del definitivo superamento di alcune criticità legate soprattutto alla mancanza di coordinamento. L'obiettivo è quello di considerare extrema ratio l'applicazione di misure di sicurezza e di misure cautelari a contenuto deprivativo della libertà (custodia in carcere per quanto riguarda le misure cautelari e ricovero in Opg o in Casa di Cura per quanto riguarda le misure di sicurezza) ed implementare, ove possibili, le misure meno afflittive (arresti domiciliari per quanto riguarda le misure cautelari e libertà vigilata per quanto riguarda le misure di sicurezza) che, per definizione, consentono una regime di prova controllata (che responsabilizza l'indagato o l'imputato attraverso l'imposizione di precisi obblighi) e consentono, altresì, di monitorare la sua concreta adesione al percorso terapeutico ed ai suoi progressi.
In seguito all'accordo della C.U. del 26.02.2015, art. 7 per la stesura di Protocollo di intesa Regione Lombardia, in data 18 Maggio 2015 è stato convocato un incontro, convocato dall'Assessore alla Salute della Regione Lombardia e presieduto dal dott. Franco Milani, dirigente della struttura competente in materia di salute mentale e sanità penitenziaria della Direzione Generale Salute della Giunta. In questa data si è costituito un tavolo tecnico composto da Magistrati (rappresentanti tutte le provincie della Lombardia), rappresentati dell'UEPE (Uffici Esecuzione Penale Esterna) delle provincie lombarde, dirigenti del Provveditorato Regionale Amministrazione Penitenziaria di Milano, Direttori di Dipartimento di salute mentale di Mantova, Como, San Carlo (Milano), Garbagnate, Direttore Rems Castiglione delle Stiviere e dirigenti della Direzione Generale Salute, Famiglia Solidarietà sociale e volontariato della Regione Lombardia, per la stesura di un protocollo che prevede la collaborazione tra DSM delle Aziende Ospedaliere, ASL e REMS della Regione Lombardia per il trattamento e la presa in carico dei pazienti autori di reato sottoposti alla misura di sicurezza di ricovero in REMS.

Le modalità di collaborazione prevedevano la stesura di un protocollo, sul modello di quanto già effettuato a Como, con lo scopo di regolare rapporti di collaborazione e procedure tra i DSM della Regione Lombardia per la cura dei malati di mente autori di reato, anche per la fase di avvio di strutture residenziali "transitorie".
Il Protocollo e i suoi contenuti fanno riferimento alle normative nazionale e regionali in tema di salute mentale: in particolare (v. DPCM del 1° aprile 2008, all. C) là dove prevede che ciascuna Regione assuma la responsabilità della presa in carico della popolazione interessata attraverso programmi terapeutici e riabilitativi da attuarsi all'interno della struttura giudiziaria "in preparazione alla dimissione e all'inserimento nel contesto sociale di appartenenza", in relazione alla L. 81/2014 che conferma la chiusura degli Opg a partire dal 1° aprile 2015.
Il Protocollo, condiviso tra Ats, Asst e DSM della Regione Lombardia, ha l'obiettivo di assicurare ai pazienti destinatari dell'intervento, inseriti nelle REMS, piani di cura individualizzati e l'integrazione della presa in carico nella prospettiva di una dimissione. L'andamento favorevole del trattamento terapeutico-riabilitativo costituirà la base clinica per elaborare un programma di dimissione condiviso, che dovrà considerare diverse eventualità in ordine al riesame della Misura di Sicurezza (MdS).
Il superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari ha comportato un aumento di pazienti psichiatrici autori di reato che sono in carico al DSM; questa condizione se pur favorevole per il paziente ha fatto aumentare i casi di aggressione nei confronti del personale sanitario assegnato alle strutture del Dipartimento.

Le segnalazioni e denunce degli episodi di violenza

Analizzando le raccomandazioni del Ministero e

preso atto di quanto sia necessario divulgare una politica di tolleranza zero verso le aggressioni nei confronti degli operatori sanitari, risulta rilevante attuare un programma di sensibilizzazione rivolto al personale stesso in merito alla formalizzazione delle denunce. La segnalazione degli incidenti, rappresenta un punto cardine per la comprensione e la prevenzione del fenomeno.

Risulta, quindi, importante denunciare prontamente gli episodi di violenza anche verbale o di minaccia (accaduti o near miss) da parte degli operatori nel corso dell' attività lavorativa attraverso l' utilizzo di strumenti come:

- sistema di incident reporting;
- segnalazioni di eventi sentinella;
- sistema di gestione dei reclami;
- denunce di infortunio all'INAIL;
- referti di Pronto Soccorso;
- altra documentazione sanitaria comprovante l'episodio di violenza.

Fonti di tali dati possono garantire l'analisi e la valutazione della frequenza, della severità e della dinamica degli episodi, per identificare le successive azioni di miglioramento, nonché verificarne l'efficacia.

Tutto quanto sovraesposto e rilevato, deve in un secondo tempo essere inviato per conoscenza all'Autorità Giudiziaria, alle Forze di Polizia o alla Direzione Aziendale.

Un ampio numero di studi hanno messo in evidenza che le aggressioni, specialmente quelle verbali, vengono difficilmente segnalate dagli operatori sanitari.

In uno studio condotto recentemente di Pinar et al., risulta che l'80% degli infermieri vittime di violenza dichiara di non aver denunciato le aggressioni subite e giustifica questa mancanza alle risposte fornite dagli organi amministrativi coinvolti.

A parere della scrivente, quest'aspetto emerso dallo studio non può essere trascurato e necessità di interventi correttivi mirati al cambiamento della sensazione di abbandono percepita dai dipendenti.

Un vissuto diverso risulta essere determinante e alla base per poter iniziare ad affrontare il fenomeno efficacemente; i dipendenti, di fatto, hanno bisogno di sentirsi protetti e tutelati dal sistema per affrontare nel migliore dei modi un tema così delicato come le aggressioni, che comporta destabilizzazioni sia sul piano emotivo che lavorativo.

La necessità di percepire, da parte dell'amministrazione, una presa in carico del fenomeno e il tentativo di risoluzione della problematica attraverso un progetto, farebbe sentire gli operatori in prima linea appartenenti al mandato e li indurrebbe ad essere motivati e partecipi nella raccolta dei dati necessari a quantificare e governare la problematica.

I dipendenti si aspettano ormai da tempo delle risposte e il clima generato dalla sensazione di abbandono non può che inficiare negativamente sul vissuto di sfiducia verso le istituzioni e sulla risoluzione del problema.

Tale considerazione nasce dal fatto che da alcuni anni nell' Azienda in cui lavoro (Ospedale Sant'Anna Di Como) si sta lavorando insieme con le istituzioni e le rappresentanze sindacali con l'obiettivo di implementare un modello di tutela del lavoratore. Dopo diversi incontri si è stabilito di:

- Verificare la possibilità di attivazione di un Tavolo Tecnico con Prefettura e DSM per la definizione di un protocollo di intervento.
- Chiedere che gli operatori del Posto Fisso di Polizia OSA indossino la divisa, quale deterrente per pazienti e visitatori.
- Risollecitare la verifica della possibilità di una presa in carico da parte dell'Azienda delle denunce a seguito di aggressione ad operatori e atti di violenza a danno del patrimonio aziendale.
- Verificare la possibilità di coinvolgimento della Stampa per una campagna "Tolleranza zero alla violenza in Ospedale"
- Verificare le modalità e le dotazioni aziendali di "mezzi di contenzione".

I dati raccolti dall'Unità di Risk Management dall'Azienda Ospedaliera Sant'Anna di Como dal 2013 al primo trimestre 2015 evidenziano che la sede centrale è il Presidio dove avvengono più episodi di aggressione (vedi grafico n.1), i reparti dove si verificano più aggressioni è il Pronto Soccorso e Psichiatria (vedi grafico n.2), e che il tipo di aggressore è normalmente un paziente psichiatrico (vedi grafico n. 5).

È stato recentemente emesso un protocollo aziendale che va proprio in questa direzione; viene garantita maggiore tutela per la sicurezza degli operatori ospedalieri vittime di atti di violenza.

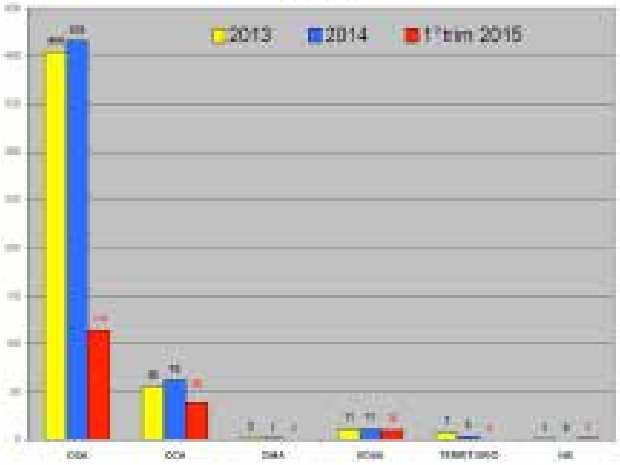
Si tratta di un documento redatto dall'Ufficio Affari Generali e Legali, dal Servizio Prevenzione e Protezione, dalle RSU, dalla rappresentanza dei Lavoratori per la Sicurezza e dalla funzione Risk Management che rappresenta il risultato di un lavoro iniziato nei primi mesi dell'anno, dopo alcune aggressioni perpetrate ai danni del personale della Vigilanza, del Pronto Soccorso e del Dipartimento di Salute Mentale.

Gli atti di violenza contro gli operatori sono inclusi dal Ministero della Salute nell'elenco degli eventi sentinella, cioè eventi avversi di particolare gravità

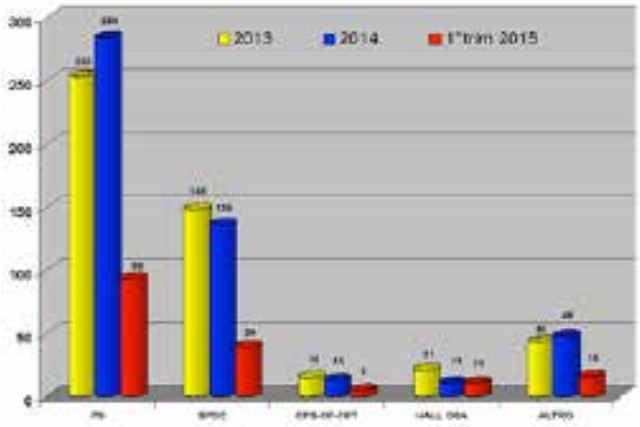
e potenzialmente evitabili che possono essere segnali della presenza nell'ambiente di lavoro di situazioni di rischio o vulnerabilità che richiedono l'adozione di misure di prevenzione e protezione.
La procedura, che si applica alle sedi ospedaliere ed extraospedaliere dell'Azienda Ospedaliera Sant'Anna di Como, prevede che la segnalazione dell'evento violento vada effettuata tramite il sistema aziendale di Incident Reporting (Risk Management) o quello di gestione degli infortuni, degli incidenti e delle situazioni pericolose (Servizio Prevenzione e Protezione). La funzione Risk Management e il Servizio Prevenzione e Protezione dovranno darsi reciproca comunicazione delle segnalazioni e, qualora fosse intervenuta, la Vigilanza dovrà inoltrare al Risk Management il verbale redatto in occasione dell'intervento.
A questo punto, il Risk Management condurrà un'analisi di quanto accaduto evidenziando anche le possibili criticità organizzative conseguenti all'evento (interruzione di pubblico servizio, necessità di sostituire l'operatore in caso di infortunio, prolungamento dell'attesa per altri pazienti, etc.) e la presenza di eventuali danni a persone o cose.
Qualora l'evento accorso avesse le caratteristiche dell'evento sentinella, la funzione Risk Management provvederà ad assolvere il debito informativo nei confronti della Regione e del Ministero.
Il documento prevede che l'Azienda Ospedaliera metta a disposizione degli operatori vittime di violenza un servizio di counselling legale fornito dall'U.O. Affari Generali e Legali. Su richiesta del dipendente verranno fornite informazioni riguardanti le modalità di autotutela e le forme di assistenza legale che l'azienda può assicurare nel caso concreto. L'U.O. verificherà anche l'esistenza dei presupposti per la promozione di un'azione legale nei confronti della persona che si è resa responsabile dell'aggressione e formulerà alla Direzione le indicazioni per le eventuali azioni da intraprendere.
È a disposizione anche un servizio di counselling psicologico per attivare un colloquio con personale specializzato per ricevere aiuto nel superare il trauma psicologico subito. I dipendenti possono scegliere se rivolgersi al Consigliere di Fiducia oppure all'ambulatorio per lo stress lavoro correlato.
Questo protocollo è frutto di lunghe trattative tra le diverse istituzione e aver ottenuto il coinvolgimento diretto dell'Azienda a tutela del lavoratore è un grande traguardo.
In letteratura, si evidenziano altre concause che inducono gli operatori sanitari a non formalizzare gli episodi di aggressione, tra le quali emerge il fatto che le vittime considerano meno grave l'aggressione subita durante il lavoro rispetto al medesimo evento vissuto da privato cittadino, quasi che le aggressioni fossero parte integrante e lecita nel lavoro degli infermieri.
Ulteriori elementi sono stati evidenziati in alcuni studi come deterrenti la formalizzazione di denuncia e tra queste ritroviamo la paura del giudizio dei colleghi (Crilly et al.2004) e la sensazione che il fenomeno sia diventato così comune da essere considerato parte integrante del lavoro (Crilly et al.2004; Piche t al 2011).
Le amministrazioni e i dirigenti a vari livelli hanno il dovere morale di adottare strategie di governo atte a debellare e contrastare queste infondate credenze, che comportano un atteggiamento di chiusura del personale coinvolto verso la notifica di eventi critici vissuti quotidianamente e abitualmente durante il servizio.
L'incidente reporting si conclude con l'indicazione dell'esito dell'intervento, l'indicazione dei soggetti attivati ed una sintetica descrizione dell'accaduto.
La scheda di raccolta dati, fornendo un'istantanea dell'evento, servirà non solo per un'analisi dell'episodio, per l'individuazione degli episodi scatenanti gli incidenti, ma anche per effettuare un debriething con gli operatori coinvolti, così da facilitare un efficace processo rielaborativo dell'evento.
Ricordando che la comprensione statistica del fenomeno, lo studio delle tendenze e dei fattori di rischio, come il sesso e l'età degli assalitori o le cause scatenanti gli eventi violenti è di fondamentale importanza per improntare programmi di prevenzione e di azione contro atti di violenza commessi nei confronti degli operatori (Anderson, 2002b, Child, Mentes, 2010; Crilly et al., 2004; Gates et al., 2006), si rimarca la necessità di investire risorse ed energie per avere dei dati utili al fine della prevenzione e dell'ottimizzazione degli interventi adeguati e necessari per affrontare il fenomeno.
Gestire pazienti con comportamento violento richiede infatti formazione adeguata, conoscenza approfondita delle modalità di interazione, dei rischi e di come fare a neutralizzarli, competenze che non possono essere improvvisate. È sufficiente trarre esempi dalla propria esperienza personale per comprendere che quello del controllo di qualità sul personale che opera all'interno delle strutture comunitarie accreditate sia un problema non secondario. Gli stessi psichiatri, d'altra parte, sentono che il tema della preparazione scientifica nella gestione della violenza dei pazienti sia questione rispetto alla quale non sempre si è sufficientemente preparati. Come i risultati di una indagine nazionale effettuata alcuni anni fa dall' Istituto di Criminologia dell'Università di Bari (con il quale l'Opg

[5] *Catanesi R, Carabellese F, Valerio A, Candelli C. Malattia mentale e comportamento violento: la percezione degli psichiatri italiani. Quaderni Italiani di Psichiatria 2004;23:117-24.*

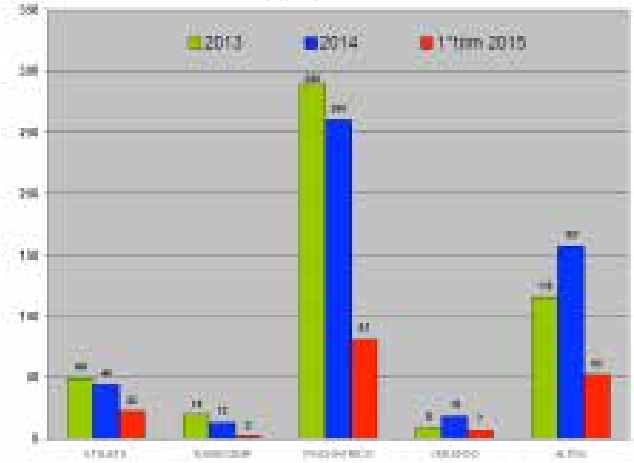
Graf. n.1: N° totale interventi per aggressione per Presidio



Graf. n.2: N° totale interventi per aggressione per reparto



Graf. n.5: N° totale interventi per aggressione:tipologia aggressore



di Castiglione collabora attivamente) dimostrano[5], gran parte degli operatori della salute mentale si sente inadeguata rispetto a questo problema ma anche desiderosa di formazione in merito. Quanto la formazione conti, sul risultato finale, sono sempre le ricerche a segnalarlo, rammentando come la specificità della formazione degli operatori coinvolti contribuisca in maniera essenziale alla riuscita dei programmi comunitari degli autori di reato con disturbi psichiatrici.

Il fenomeno delle aggressioni attuate nei confronti del personale sanitario, non trovando una chiara genesi etiopalogica, dovrebbe comunque analizzare compiutamente fattori causali o predisponenti.

A tal proposito risulta, pertanto, imprescindibile la stesura di linee guida finalizzate alla gestione di una così complessa problematica, ipotizzando, solo attraverso strategie di intervento condivise, la formulazione di un modello operativo finalizzato alla gestione dell'aggressività degli utenti verso il personale sanitario in genere.

Come troppo spesso risulta, tristemente evidenziato nei fatti di cronaca, la violenza sugli operatori sanitari sta assumendo dimensioni preoccupanti, tanto da essere considerato un problema di salute pubblica, non solo a livello Nazionale.

Basti pensare che in Italia, il Ministero della Salute ha riportato gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari al quarto posto fra i sedici eventi sentinella segnalati al IV Rapporto Ministeriale (2005-2011). Tuttavia solo analizzando la documentazione scientifica prodotta, su quanto autorevoli ricercatori hanno pubblicato nel corso degli anni, è possibile creare le condizioni basilari per impostare una strategia vincente.

Tali presupposti si possono ricondurre, da una parte, a realizzare i requisiti strutturali e i modelli organizzativi necessari, e dall'altra, a formare gli operatori sanitari coinvolti ad un approccio corretto al comportamento aggressivo e alla denuncia degli episodi di violenza.

Altro argomento trattato è il superamento degli Opg che visto la complessità del processo, che coinvolge un livello d'intervento giudiziario ed uno sanitario assistenziale, è indispensabile, che a livello regionale venga realizzato un momento di confronto con la Magistratura ordinaria e di Sorveglianza, il Dipartimento dell'amministrazione Penitenziaria il Provveditorato regionale dell'amministrazione Penitenziaria e i servizi delle Ats, in particolare i DSM territorialmente competenti, per l'esecuzione delle misure di sicurezza. In tal modo si intende promuovere collaborazioni, definite in specifici protocolli, da sviluppare secondo le linee generali indicate dal Decreto ministeriale del 1/10/2012 e le «Linee di indirizzo sulle misure di sicurezza alternative alla detenzione per i pazienti psichiatrici autori di reato», affinché «il DSM venga coinvolto sin dall'inizio del percorso giudiziario per la valutazione clinica del ma-

lato di mente autore di reato, integrando la valutazione psichiatrico-forense del perito del Tribunale».
Con la chiusura degli Opg e CCC ci troveremo nella situazione di:

a) mantenere i percorsi territoriali alternativi all'applicazione della misura di sicurezza «detentiva», particolarmente sviluppati in seguito alla sentenza della Corte costituzionale del 2003 che aboliva l'automatismo tra l'accertamento della pericolosità sociale e l'internamento in Opg e CCC, di fatto individuando la cosiddetta pericolosità sociale «attenuata» che viene sufficientemente contrastata da provvedimenti di cura vincolati dall'istituto della libertà vigilata o con la concessione degli arresti domiciliari in luogo di cura, sostituendo nella maggior parte delle situazioni l'invio in Opg o CCC, sia nella fase di cognizione che di esecuzione della pena;
b) sostituire l'osservazione degli internati con infermità mentale sopravvenuta, per i quali sia stato ordinato l'internamento in Opg o in CCC (art. 212 c.p.) e degli internati provvisori imputati, in qualsiasi grado di giudizio, sottoposti alla misura di sicurezza provvisoria in Opg, in considerazione della presunta pericolosità sociale e in attesa di giudizio definitivo (art. 206 c.p., 312 c.p.p.), con l'osservazione nella sezione psichiatrica in una delle Case Circondariali regionali.
c) utilizzare le Rems per quei pazienti autori di reato prosciolti per vizio totale o parziale di mente per cui vi sia una pericolosità sociale non altrimenti neutralizzabile: per quei pazienti, cioè, che successivamente alla sentenza della Corte costituzionale del 2003 hanno proseguito ad essere internati in Opg e CCC in conseguenza della loro pericolosità sociale, almeno fino a che non diverrà "attenuata", così da permettere il recupero del soggetto al percorso territoriale.

È evidente che solo attraverso una collaborazione concreta degli operatori del Ministero della Salute con quelli del Ministero della Giustizia a livello gestionale locale, si riuscirà a governare sia il periodo di transizione che quello di stato, della chiusura e del superamento degli Opg.
L'anno scorso ha avuto inizio la fase transitoria di chiusura progressiva, che coinvolge ad esempio l'Opg di Castiglione delle Stiviere (MN). L' Opg mantovano è l'unico completamente sanitario gestito dall'Azienda Ospedaliera Carlo Poma, ove insiste anche l'unica sezione femminile italiana; infatti ha le caratteristiche adatte a svolgere un ruolo di transizione a livello nazionale, dalla custodia effettuata dalla polizia penitenziaria alla cura svolta dalle Ats, almeno per quei pazienti non imputabili e con una pericolosità sociale detentiva, che non possono essere curati negli Istituti di pena ma non sono nemmeno trattabili nelle comunità ordinarie.
L'altra azione programmatoria da privilegiare è quella del potenziamento dei Dsm sia a livello territoriale sia a livello degli Istituti di pena. È urgente realizzare le sezioni di osservazione psichiatrica in almeno un Istituto di pena per ciascuna regione. Queste sezioni possono svolgere un utile ruolo di cura nella fase della cognizione del malato di mente autore di reato, prima del suo inserimento nelle strutture territoriali. Questo difficile lavoro diagnostico deve essere realizzato in collaborazione con l'autorità Giudiziaria.
Nell'ambito di alcuni Dipartimenti di Salute Mentale lombardi si stanno costituendo gruppi di lavoro per l'elaborazione di progetti volti al graduale superamento dell'Ospedale Psichiatrico Giudiziario e finalizzati al potenziamento a livello territoriale dell'area clinica che si rivolge alla gestione dei pazienti autori di reato. Tali progetti, attraverso una prassi clinica innovativa, si rivolgono a due specifiche categorie di soggetti autori di reato:

- pazienti con misure di sicurezza (periodo di pena ancora da scontare, libertà vigilata e arresti domiciliari);
- pazienti ex-Opg che abbiano già scontato la pena e siano in fase di riabilitazione e di progressivo reinserimento.

La realizzazione di protocolli d'intesa, come quello sperimentato sul territorio comasco, può essere una risposta al crescente problema di gestione di quei soggetti autori di reato per garantire loro un percorso di presa in carico con la creazione di percorsi virtuosi che possono essere una garanzia di reinserimento nella società del colpevole, anche attraverso un percorso di cura, e di tutela delle vittime dei reati e dell'intera collettività.
Anche l' Emilia Romagna ha intrapreso un percorso per affrontare i problemi concreti e avviare una serie di azioni per il superamento degli Opg. Tra le varie azioni si colloca la formazione del "Gruppo di lavoro sull'esecuzione delle misure di sicurezza per persone prosciolte e riconosciute socialmente pericolose" in linea con il DPCM 1 aprile 2008.
Tale gruppo aveva tra le proprie finalità quelle di: favorire le dimissioni dall'Opg con la revoca, anche anticipata, della misura di sicurezza attraverso la progettazione di programmi riabilitativi, in tempi e modi atti a garantire l'individuazione di un percorso che assicuri il massimo livello d'integrazione tra la qualità di vita del paziente le esigenze di difesa sociale, riducendo il ricorso alla proroga della misura di sicurezza; favorire il confronto con la magistratura di sorveglianza per lo studio delle misure di sicurezza dall'inizio alla fine del percorso giudiziario, esecuzione in Opg, ese-

cuzione in Comunità e in libertà vigilata, facilitando la comunicazione e collaborazione delle istituzioni coinvolte, per quanto di rispettiva competenza, favorendo l'omogeneità territoriale dell'esecuzione delle misure di sicurezza e le dimissioni degli internati.
L'obiettivo del Tavolo di lavoro è stato innanzitutto il miglioramento della comunicazione tra Tribunale di sorveglianza e Servizi di salute mentale, la definizione di procedure condivise per facilitare la presa in carico delle persone internate e promuovere il confronto ed una cultura condivisa tra professionisti di diversi orientamenti.
Per realizzare in maniera adeguata questo obiettivo è necessaria una forte integrazione tra i sistemi di cura e di assistenza rappresentati dalle Ats e dai DSM, dalla rete sociale comunitaria e dal sistema giudiziario, così da sostenere in modo adeguato sia gli aspetti della pena sia quelli della cura, riabilitazione ed inclusione sociale.
Occorre sperimentare più modelli integrati che coinvolgano i diversi soggetti che intervengono nelle situazioni riguardanti pazienti psichiatrici autori di reato, dimessi dagli Opg o per i quali siano state attivate misure di sicurezza alternative alla detenzione (inseriti in strutture e/o affidati ai DSM).
Essenziale quindi è prevedere equipe funzionali costituite da operatori di tutte le professioni psico-sociali, con una strutturazione di minima per ogni DSM.
È necessario attivare ulteriori importanti interventi formativi in grado di adeguare le conoscenze degli operatori di diversa qualifica alle nuove esigenze cliniche.
Un esempio, per i riferimenti derivabili da modelli di servizio già operanti nell'ambito della salute mentale, risultano essere - in un'ottica basata sull'attenzione alle sperimentazioni reperibili a livello internazionale - gli assertive outreach teams (AOT) anglosassoni, che sembrano offrire una cornice organizzativa particolarmente adeguata alla gestione di tale utenza complessa.
Indubbiamente gli Opg sono un'istituzione che va superata, ma la chiusura pone un problema che è difficilmente risolvibile se ci si limita a guardare solo questi istituti. L'istituzione carceraria è più vecchia e datata del manicomio. Si è sviluppata in un'epoca nella quale lo stato paternalista considerava i cittadini come tanti bambini da educare e, quando la situazione diventava complessa, li infilava tutti insieme in casermone per nasconderli agli occhi della società. Oggi dovremmo cambiare direzione e pensare che la complessità non va isolata e ghettizzata, ma tenuta all'interno della comunità.
È fondamentale prevedere ed implementare dei percorsi di cura specifici che prendano in considerazione la specificità dei bisogni di questa popolazione e le sue caratteristiche in evoluzione per la presenza di quadri psicopatologici complessi, non di rado con prevalenza di aspetti tipici del disturbo antisociale della personalità associati ad altri disturbi e all'abuso di sostanze.
È importante avviare un percorso valutativo dei pazienti psichiatrici autori di reato ed uno studio accurato dei percorsi trattamentali e riabilitativi dei pazienti inseriti in programmi diversi; definire indicatori validi per la selezione dei pazienti in funzione delle loro caratteristiche psicopatologiche e dei loro profili penali e per la loro assegnazione a moduli di trattamento / riabilitazione differenziati.

In questa ottica è auspicabile che l'infermiere anche con competenze in ambito legale e forense possa essere un importante anello di congiunzione e un attore fondamentale nella realizzazione di modelli integrati nella gestione di pazienti autori di reato.

Fonte:
Tesi Master in "Infermieristica forense e gestione del rischio clinico" anno accademico 2014-2015 Titolo: "L'aggressività nel Dipartimento di salute mentale: ruolo e responsabilità dell'infermiere" candidato: Dott.ssa Rosalia De Marco

di Monica Trombetta

PROFILI DI RESPONSABILITÀ

L'infermiere è responsabile dell'assistenza generale infermieristica. **Dal professionista infermiere ci si attende standard di performance e di risultato che devono essere raggiunti, mantenuti costanti nel tempo ed aggiornati**.
Nell'ambito professionale dell'infermiere, il livello qualitativo e quantitativo della prestazione infermieristica deve necessariamente coincidere con **la migliore risposta possibile ai bisogni di assistenza infermieristica della persona**.
La responsabilità dell'agire professionale poggia su fondamenta solidissime:

- **la formazione di base:** il completamento di questo percorso consente di acquisire il titolo formale e l'abilitazione all'esercizio professionale (l'iscrizione al Collegio professionale è dovere per il professionista)
- **il profilo professionale:** D.M. 739/94, Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'infermiere, all'art. 1 comma 1 recita: "....è individuata la figura professionale dell'infermiere con il seguente profilo: l'infermiere è l'operatore sanitario che, in possesso del diploma universitario abilitante e dell'iscrizione all'albo professionale è responsabile dell'assistenza generale infermieristica".
- **il Codice Deontologico:** rappresenta un elemento qualificante poiché opera una sistematizzazione deontologica, enunciando i comportamenti attesi dal professionista infermiere.

La formazione continua, da elemento distintivo è diventato criterio normativo: ne deriva **l'obbligatorietà della formazione continua in medicina (ECM), quale modalità per il professionista dell'ambito sanitario di adeguare il bagaglio di conoscenze, competenze e abilità all'evoluzione scientifica, tecnologica e sociale**.

Quando l'infermiere non garantisce che le proprie azioni siano state rispettose delle regole della professione e soprattutto che esse abbiano procurato un danno, è chiamato a risponderne ed eventualmente a risarcire la lesione procurata. **Vige cioè il principio della responsabilità degli errori, regolato dalle norme generali del diritto in campo penale, civile, amministrativo e disciplinare.**
Quindi il concetto di RESPONSABILITÀ PROFESSIONALE è legato alla consapevolezza di un soggetto di assumersi degli obblighi connessi con lo svolgimento di un incarico, nel rispetto dei presupposti scientifici e delle norme di riferimento legati a tale attività o funzione, il cui impegno e comportamento deve risultare coerente ed appropriato.
La **responsabilità professionale** è quindi la consapevolezza di assumersi degli obblighi durante la propria attività quotidiana.
L'aumento esponenziale del contenzioso da **malpratica sanitaria** è un fatto preoccupante per tutti gli operatori della salute; ma è altresì preoccupante la logica che sottende alla attribuzione della responsabilità professionale nell'ambito sanitario da parte della Magistratura.
IL VERTICE DELLA GERARCHIA DELLE FONTI NORMATIVE relativamente alla responsabilità dei pubblici dipendenti, dice che la responsabilità del dipendente pubblico in genere e quindi anche degli infermieri trova fondamento in questi due articoli: art. 27 e l'art. 28 della Costituzione Italiana.

- **L' Art 27 della Costituzione italiana** sulla responsabilità dei pubblici dipendenti evidenzia come la responsabilità penale è personale. Tale principio implica che ciascuno è responsabile solo delle proprie azioni e che nessuno può essere punito per un fatto che sia stato commesso da altri.
- **L'Art 28** toglie ogni dubbio anche sulla responsabilità personale dei pubblici dipendenti: la responsabilità delle azioni degli infermieri è individuale (tranne alcuni casi in cui può essere condivisa con altri professionisti)

L'articolo riguarda la responsabilità dei funzionari e dipendenti pubblici quando, da un loro atto, sia stato leso il diritto di un cittadino. In sede penale, quando sia stato commesso un reato; in sede amministrativa, quando non si siano rispettate le norme di funzionamento degli uffici pubblici; in sede civile, quando sia stato provocato un danno che deve essere risarcito. Molte volte in sede CIVILE la responsabilità dal dipendente si estende all'Amministrazione ed il cittadino ha la possibilità di agire verso entrambi, anche se spesso sarà il datore di lavoro (in quanto più solvibile) a risarcire il danno.

Resta salva possibilità poi di rivalersi sul suo dipendente che in tal caso potrebbe rispondere di danno erariale.

La Responsabilità Professionale in **senso giuridico**, è l'obbligo nascente in capo al professionista di prestare la propria attività secondo modalità e livelli considerati quali minimi necessari dall'ordinamento stesso, ovvero l'impegno a mantenere un comportamento congruo e corretto " a priori".

Quindi in termini negativi la responsabilità professionale dell'operatore sanitario nasce da una prestazione inadeguata che produce effetti sfavorevoli sulla salute dell'utente; ciò comporta per l'infermiere, a seconda dei casi, un obbligo al risarcimento del danno, una condanna per reato o ad un provvedimento disciplinare.

La responsabilità professionale viene, tradizionalmente, suddivisa in tre ambiti:

1. **responsabilità civile:** tutela degli interessi privati e della reintegrazione del diritto leso, L'elemento peculiare è il risarcimento del danno ingiustamente causato che generalmente viene valutato in termini economici. È trasferibile a terzi.
2. **responsabilità penale:** obbligo di rispondere per azioni che costituiscono un reato. Tale responsabilità è personale e non è trasferibile a terzi.
3. **responsabilità disciplinare:** si configura quando viene meno il rispetto e la rispondenza a norme di comportamento definite. È personale, non trasferibile a terzi. Quest'ultima, quando riguarda gli infermieri non dipendenti, ma liberi professionisti, diventa una responsabilità ordinistico – disciplinare, in quanto è lo stesso Collegio IPASVI ad avere la titolarità dell'azione e del procedimento disciplinare.

1. LA RESPONSABILITÀ CIVILE

Si distinguono, dunque, due tipi di responsabilità civile: contrattuale ed extracontrattuale, definite da due specifici articoli del Codice Civile.

- **Responsabilità Contrattuale** – art. 1218 codice civile: "il debitore che non esegue esattamente la prestazione è tenuto al risarcimento del danno, se non prova che l'inadempimento o il ritardo è stato determinato da impossibilità della prestazione derivante da causa a lui non imputabile". Da questa possono derivare inadempienze assunte verso l'assistito determinando la violazione di un diritto; all'origine dell'obbligo giuridico di risarcire il danno che si è provocato con la propria attività c'è sempre un contratto;
- **Responsabilità Extracontrattuale** – art. 2043 codice civile: "qualunque fatto doloso o colposo che cagiona ad altri un danno ingiusto obbliga colui che ha commesso il fatto a risarcire il danno". In questa invece si viola il "neminem laedere", ovvero l'obbligo generale di non creare danni. nasce ex novo per effetto del fatto illecito produttivo del danno ingiusto, a prescindere da un pre – esistente contratto.

Nella responsabilità contrattuale è importante provare che sia stata applicata il massimo della **diligenza** nello svolgimento della prestazione, quindi impegno, applicazione, e nella nostra professione anche nella capacità di attenersi alle linee guida o alle evidenze scientifiche più recenti (qui la diligenza si collega e si fonde con la perizia) essa si contrappone alla negligenza, e consiste in "quel complesso di cure e di cautele che il debitore deve impiegare per soddisfare la propria obbligazione".

Il criterio della diligenza esprime un modello ideale di comportamento a cui il debitore deve uniformarsi nell'adempiere l'obbligazione; tale modello viene ricostruito avendo riguardo all'uomo medio (bonus pater familias): tale criterio lo ritroviamo in parte specificato nel codice civile all'art 1176 c.c. Infatti l'art. 1176 c.c. così recita: *"Nell'adempiere l'obbligazione il debitore deve usare la diligenza del buon padre di famiglia. Nell'adempimento delle obbligazioni inerenti all'esercizio di un'attività professionale la diligenza deve valutarsi con riguardo alla natura dell'attività esercitata"*. Significa che per quanto riguarda l'attività sanitaria bisogna far riferimento non solo al buon padre di famiglia cioè al comportamento che ci si può aspettare dal professionista medio, ma al cosiddetto modello di comportamento qualificato. Ovvero tale modello di condotta, sempre secondo l'orientamento della cassazione, "si estrinseca nell'adeguato sforzo tecnico, con impiego delle energie e dei mezzi normalmente ed obiettivamente necessari od uti-

li, in relazione alla natura dell'attività esercitata, volto ad evitare possibili eventi dannosi". La difficoltà di un intervento e la diligenza del professionista vanno valutate in concreto, rapportandole al livello della sua specializzazione ed alle strutture tecniche a sua disposizione. Da ciò si evince che altro parametro fondamentale in materia è dato dal grado di specializzazione del sanitario: ossia la diligenza esigibile dal professionista, imputato di un danno, va necessariamente rapportata al livello della sua specializzazione e della sua esperienza. Infatti il debitore dotato di specifica specializzazione deve invece attenersi a un dovere di diligenza particolarmente qualificato, a seconda del diverso grado di specializzazione del proprio settore professionale, cui corrisponde un differente grado di perizia. Tale regola è stata così sintetizzata dai giudici di legittimità: "ai diversi gradi di specializzazione corrispondono diversi gradi di perizia". Tra i tre obblighi principali spesso è determinante nella valutazione della colpa.

Mentre quella contrattuale, deriva da un rapporto quasi sempre precostituito tra le due parti, la responsabilità extracontrattuale o responsabilità aquiliana, si costituisce *ex novo*, e deriva da un atto illecito in violazione del principio generale del neminem laedere (non nuocere ad alcuno); è l'espressione del diritto romano che sanciva il principio di convivenza civile la cui violazione determina responsabilità, la quale si realizza ogni volta che esiste un danno. AQUILIANA: proveniente addirittura dal Diritto Romano, e precisamente da una legge di Caio Aquilio che prevedeva la responsabilità derivante dalla violazione della norma generale che non si deve recar danno agli altri e non dalla violazione di una norma specifica di legge. Fondamento della responsabilità aquiliana è il principio per cui il danno è risarcibile, soltanto se provocato con dolo o colpa: significa che l'evento deve essere intenzionalmente determinato (DOLO),o si è verificato a causa di negligenza, imprudenza, imperizia, oppure senza l'osservanza di norme. L'adesione concreta all'antico principio fornisce un codice di condotta di semplice applicazione ma di forte impatto giuridico.

È naturalmente a carico del danneggiato l'onere della prova relativo a tutti gli elementi del fatto illecito.

Sono escluse dalla responsabilità civile le seguenti cause:

- **LEGITTIMA DIFESA:** dove la responsabilità dell'agente è esclusa; non è responsabile chi ha cagionato il danno per legittima difesa di sé o altri (art. 2044 c.c.);
- **STATO DI NECESSITÀ:** la responsabilità dell'agente è ridotta ad un mero indennizzo; quando chi ha compiuto il fatto dannoso vi è stato costretto dalla necessità di salvare sé o gli altri da un pericolo attuale di un danno grave alla persona e il pericolo non è stato da lui volontariamente causato, né era altrimenti evitabile, al danneggiato è dovuta un'indennità, la cui misura è rimessa all'equo apprezzamento del giudice (art. 2045 c.c.)
- **IMPUTABILITÀ DEL FATTO DANNOSO:** non risponde delle conseguenze del fatto dannoso chi non aveva la capacità di intendere e di volere al momento in cui lo ha commesso, a meno che lo stato d'incapacità derivi da una sua colpa (art. 2046, 2047, 2048 c.c.).

Il secondo obbligo a cui attenersi per non incorrere in responsabilità professionali è dato dalla **PERIZIA**, che si contrappone all'**IMPERIZIA** (fare ciò che non si sa fare) e consiste nell'agire con abilità, competenza, bravura, qualità che vengono di sicuro acquisite con lo studio e la pratica. L'obbligo di perizia è mitigato solo dal fatto che uno possa trovarsi di fronte a problemi di speciale difficoltà (la portata mitigatrice non si estende ai casi in cui la cattiva riuscita della prestazione sia dovuta a negligenza o imprudenza); l'art. 2236 c.c.: *"se la prestazione implica la soluzione di problemi tecnici di speciale difficoltà, il prestatore d'opera non risponde dei danni, se non in caso di dolo o di colpa grave".*

In questa norma da tenere presente è l'attenuazione della responsabilità quando la prestazione d'opera implica la soluzione di problemi tecnici di particolare difficoltà.

In tali casi la prestazione di mezzi, incontrando obiettive e gravi difficoltà, viene ritenuta fonte di responsabilità solo quando il danno al cliente derivi dal dolo o da colpa grave (cioè da ERRORE INESCUSABILE DI NEGLIGENZA O IMPRUDENZA degne di valutazioni certamente più severe e rigorose.

Invece, nelle ipotesi, in cui si prospettano speciali difficoltà, è onere di chi lamenta il danno il dover fornire anche la prova della colpa grave del professionista sanitario che ha operato e quindi dover dimostrare che vi sia stato quel particolare grado di imperizia-negligenza-imprudenza che fonda la responsabilità e giustifica il risarcimento (in questo caso il sanitario risponde di responsabilità extracontrattuale).

Essere accusati di imperizia, significa propriamente "essere ritenuti mancanti di pratica e abilità, che date le nostre presunte conoscenze dovremmo sapere".

PRUDENZA: È la capacità di scelta fra alternative diverse in grado di ridurre significativamente danni o pericoli.

È **IMPRUDENTE** (fare più di ciò che si sa fare) il sanitario che ricorre a trattamenti rischiosi che, in identiche situazioni, la maggior parte dei colleghi avrebbe evitato. Imprudenza significa comunemente *"mancanza di saggezza nell'operare, mancanza della capacità di scegliere il modo migliore di comportarsi in una data situazione"*; parlando di casi di malasanità, l'accusa di imprudenza si costruisce sul dimostrare l'avventatezza, l'eccessiva precipitazione, l'ingiustificata fretta o l'ingiustificato ritardo, in generale, il mancato perseguimento di quelle che sono ritenute le forme di cautela di comune prudenza.

Quasi sempre la struttura sanitaria incorre in responsabilità di tipo contrattuale. Questo è logico in quanto in campo sanitario, la struttura, oltre ad essere erogatrice di prestazioni, ne è anche il garante contrattuale. Tra struttura sanitaria e paziente intercorre un contratto di prestazione d'opera professionale; quando essa non adempie alla prestazione delle cure necessarie risponde, ai sensi dell'art. 1218, di responsabilità contrattuale.

In tale impostazione, mentre si discute ancora sulla natura della responsabilità del singolo sanitario, è ormai assolutamente pacifico che quella della struttura sanitaria è di tipo contrattuale e quindi è buona norma citare sempre in giudizio, oltre al presunto sanitario che avrebbe sbagliato, anche la azienda sanitaria ove egli prestava attività al momento del fatto.

Si consideri poi che l'azione contrattuale si prescrive in dieci anni dal fatto, mentre quella extracontrattuale in soli cinque anni. In altre parole, è oggi impossibile muovere causa ad una struttura sanitaria, per un presunto errore che risale a dieci anni addietro!.

In linea generale i sanitari rispondono di responsabilità extracontrattuale secondo il principio generale del *neminem laedere* (non nuocere).

La distinzione teorica delle 2 responsabilità ha delle importanti conseguenze sul piano pratico della tutela dei diritti. Infatti, nella responsabilità extra-contrattuale il paziente che muove causa deve rigorosamente dimostrare gli errori del sanitario ed il nesso causale tra questi ed il danno subito. Inquadrando invece l'ipotesi di danno nella responsabilità contrattuale, è sufficiente per il paziente dare la prova del danno e del fatto che il danno si sia manifestato in occasione della cura: sarà poi il sanitario (e, con lui, la struttura in cui egli opera) a doversi difendere fornendo egli stesso la prova che tutti i suoi comportamenti professionali sono stati improntati alla diligenza professionale che ci si poteva aspettare e che quindi il danno è derivato da cause da lui indipendenti (c.d. inversione dell'onere della prova).

2. LA RESPONSABILITÀ PENALE

Mentre, come abbiamo visto, la responsabilità civile è quella che deriva da un qualsiasi atto illecito che abbia prodotto un danno (e può discendere da un reato, ma non necessariamente), la responsabilità penale si distingue dalla prima, perché deriva esclusivamente dalla **commissione di un REATO**, ovvero dalla violazione di una norma prevista specificatamente dal nostro ordinamento giuridico. Ordinamento giuridico che prevede tutta una serie di norme racchiuse in un corpo organico di disposizioni di diritto penale (codice penale italiano) che non devono essere violate e costituisce, insieme alla Costituzione, alle leggi speciali e al **Codice di procedura penale**, la più importante delle fonti del diritto penale.

Abbiamo già visto come l'art. 27 della Costituzione stabilisca che "la responsabilità penale è personale"; quindi il principio della personalità della responsabilità penale implica che nessuno può essere considerato responsabile per un fatto compiuto da altre persone (tranne alcune eccezioni che vedremo di responsabilità indiretta).

Dato il nuovo contesto nel quale si colloca la responsabilità penale degli infermieri, essa ha assunto una valenza ancora più forte e marcata: il ruolo esecutivo che li ha caratterizzati fino a qualche anno fa, ha consentito un'assunzione di responsabilità mediata da altre professioni di cui gli infermieri erano ausiliari; ora questo meccanismo non è più contemplato: rispetto alle attività proprie ed esclusive si risponde in prima persona.

Il diritto penale, quindi, è una branca del diritto pubblico che determina in modo tassativo quali comportamenti sono puniti dalla società con la sanzione di una **pena**.

Adesso andiamo un attimo più a fondo per capire cos'è un reato e quando si può incorrere in esso.

Il reato è quel FATTO UMANO OFFENSIVO espressamente previsto dalla legge al quale l'ordinamento giuridico ricollega, come conseguenza, una sanzione penale (ammenda fino a 10.000 euro, multa fino a 50.000 euro, arresto, reclusione, ergastolo).

La violazione delle regole penali costituisce dunque **reato**: perché vi sia reato occorre la compresenza di alcuni elementi, di cui 3 **elementi oggettivi** e **3 soggettivi**.

GLI ELEMENTI OGGETTIVI SONO: CONDOTTA, EVENTO E NESSO CAUSALE:

- **condotta**, cioè il comportamento attivo od omissivo: consiste sia in un "fare" attivo (reati di azione) che in un "non fare" passivo (reati di omissione): i reati di omissione sono talvolta più gravi perché «non fare ciò che si aveva il dovere di fare, oppure non impedire un evento che si poteva impedire equivale a cagionarlo» (Art 40 del c.p.)
- **evento, cioè il fatto lesivo:** è il risultato della condotta umana, penalmente rilevante. È qualsiasi accadimento conseguenza di una condotta. Per attribuire la responsabilità di un evento è necessaria un' analisi di causa - effetto e conoscere le dinamiche e le cause influenti sul danno.
- **nesso causale, cioè rapporto di causa ed effet-**

to tra condotta ed evento: art. 40 c.p. (Rapporto di causalità) *"Nessuno può essere punito per un fatto preveduto dalla legge come reato, se l'evento dannoso o pericoloso, da cui dipende l'esistenza del reato, non è conseguenza della sua azione od omissione. Ai fini dell''esistenza del reato è necessario che la condotta e l''evento siano legati da un ""nesso causale".* Quanto più è distante la condotta dall' evento, più è difficile dimostrare il nesso di causalità. Il rapporto di causalità nei reati omissivi è quello più difficile da provare, perché si tratta di verificare se la condotta positiva avrebbe impedito il verificarsi dell'evento. "In campo sanitario, ad esempio, è quasi impossibile affermare che, se fosse stata somministrata una determinata terapia, o fosse stata fatta un certa cosa sicuramente l'utente sarebbe sopravvissuto ovvero non sarebbero intervenute le lesioni. In sintesi, l'evento e il nesso di causalità sono 2 elementi essenziali del reato concettualmente distinti, ma non può esservi l'uno senza l'altro. La Cassazione ha più volte ribadito, infatti, che l'insufficienza del riscontro del nesso causale, una sola incertezza, o solo il **ragionevole dubbio** sulla reale efficacia della condotta omissiva del sanitario, comparando altri fattori che avrebbero potuto causare l'evento dannoso, comportano l'assoluzione del giudizio (ad esempio: l'omessa apposizione di spondine con conseguente caduta a terra del paziente, si sarebbe evitata la caduta in caso contrario?; oppure: l'infermiere ha controllato il paziente ben 4 volte nella notte, tranne che nelle ultime 3 ore prima della fine del turno, in cui l'ammalato è morto per shock: siamo certi che il paziente non sarebbe morto comunque?.....)

Purtroppo non è sempre così.

Altre sentenze hanno anche evidenziato il dovere di protezione generalizzato degli infermieri, e il principio per cui è prioritario dedicarsi al mandato principale per gli infermieri, cioè l'ASSISTENZA E LA SORVEGLIANZA dei pazienti. ESEMPIO: Sussiste il reato di omicidio colposo in capo agli infermieri di un ospedale per non avere prestato, nella loro qualità, idonea vigilanza durante le ore notturne sui pazienti ricoverati ed in particolare sull'autore dell'aggressione mortale in danno del vicino di camera. Nel caso in esame due erano le questioni sottoposte al vaglio della corte territoriale: se il fatto fosse prevedibile ed evitabile e se fosse stato evitato con un comportamento più vigile e diligente degli infermieri del turno notturno che pur avendo effettuato controlli, dalle ore 2.30 in poi non avevano segnalato più nulla sulla documentazione infermieristica. Agli infermieri Catanesi non era stato contestato di avere agito con imperizia, non essendo tenuti ad una diagnosi che è estranea alla loro competenza, ma di avere agito con negligenza, perché se è vero che l'insorgenza della psicosi acuta dissociativa è improvvisa, la imprevedibilità di tale stato riguarda le persone sane, non i soggetti affetti da disturbi di tipo psichico che palesano irrequietezza.. - Cassazione Penale – Sezione IV, Sent. n. 8611 del 27/02/2008.

Inoltre non è sempre cosiì soprattutto nell'ambito degli **ILLECITI CIVILI:** con la sentenza 8.7.2010, n. 16123, inedita, la Corte di Cassazione in tema di responsabilità sanitaria è pervenuta ad una vera e propria "evaporazione" del CONCETTO DI NESSO DI CAUSALITÀ MATERIALE appena esposto, giungendo ad affermare che: essendo il SANITARIO "tenuto a espletare l'attività professionale secondo canoni di diligenza e di perizia scientifica, il giudice, una volta accertata l'omissione di tale attività, può ritenere che tale omissione sia stata causa dell'evento lesivo e che, viceversa, la condotta doverosa, se fosse stata tenuta, avrebbe impedito il verificarsi dell'evento stesso".

In base a questo principio, pertanto, a chi si afferma vittima di un errore sanitario non è più neanche necessario provare la sussistenza della "probabilità scientifica" d'un valido nesso tra la condotta colposa del sanitario ed il risultato indesiderato, ma sarà sufficiente dimostrare soltanto la colpa del sanitario ed il peggioramento del proprio stato, tanto bastando per la Suprema Corte a ritenere in via presuntiva sussistente il nesso di causalità.

Tra l'altro nell'ambito degli **ILLECITI CIVILI** con la sentenza del 16 ottobre 2007, n. 21619, inedita, la corte di cassazione in tema di responsabilità sanitaria si era già espressa in questo senso **negando una coincidenza tra causalità penale e civile** ed ha individuato un metodo di accertamento causale, in ambito di responsabilità civile, del tutto particolare, noto come " la regola del più probabile che non"; ribadita recentemente da Cassazione Sezione Civile n. 23933 del 22 ottobre 2013. Mentre nel processo penale vige la regola « oltre il ragionevole dubbio» (art 40 e 41 codice penale), nel processo civile vige la regola della preponderanza dell'evidenza o del "più probabile che non". Il giudice,inoltre, non può trasformare la verifica processuale, stabilendo l'esistenza del nesso causale, in una questione di accertamento solo scientifico demandabile totalmente al consulente tecnico (PERITO). La regola del "più probabile che non" si giustifica soprattutto sulla "diversità dei valori in gioco nel processo penale tra accusa e difesa e l'equivalenza di quelli in gioco nel processo civile tra le due parti contendenti" (sentenza Cassazione del 2002). Cioè nel processo penale, se l'accusa perde, è solo denaro e tempo persi da funzionari dello stato, mentre se la difesa perde, l'imputato perde la sua libertà che è un valore inestimabile; nel processo civile, invece, pare ci sia "equivalenza di valori". Difficile credere però che chi rischia di pagare un risarcimento milionario abbia uno stato d'a-

nimo "equivalente" a quello di chi il risarcimento, invece, lo intascherà.
Resta il fatto che si assume come elemento di decisione, di condanna o assoluzione, solo una determinazione soggettiva che rappresenta il convincimento del giudice, una determinazione di "probabilità", e non una prova, cioè un fatto certo. Un giudizio dove la "professionalità del giudice recupera il suo dominio e la sua discrezionalità", come dicevamo all'inizio.

GLI ELEMENTI SOGGETTIVI SONO: DOLO, PRETERINTENZIONE E COLPA

- **DOLO:** si intende la consapevolezza e la volontà di commettere un reato. Il dolo è uno degli elementi essenziali al fine di qualificare ciascun reato (è detto, in particolare, elemento soggettivo, perché riguarda uno stato psicologico). L'art. 42 c.p. prevede, infatti che nessuno può essere punito per un'azione od omissione preveduta come reato, se non l'ha commessa con coscienza e volontà, ma fa salvi alcuni casi espressamente previsti dalla legge in cui può aversi reato anche in mancanza di dolo (sono i casi dei reati preterintenzionali e dei reati colposi). Quindi il dolo è l'atteggiamento psichico di chi prevede e vuole quel determinato risultato, quell'evento, quale conseguenza della propria azione od omissione. È la volontà di cagionare il danno ed è costituito dalla rappresentazione, cioè dalla visione anticipata del fatto che costituisce illecito (momento conoscitivo o intellettuale), seguita da uno sforzo del volere diretto alla realizzazione del fatto rappresentato (momento volitivo).
- **PRETERINTENZIONE (OLTRE L'INTENZIONE):** consiste nella volontà di porre in essere un reato, ma le conseguenze della propria azione sono più gravi di quanto previsto (ad esempio, si vuole colpire con un pugno per provocare una percossa e invece si determina la morte della persona colpita).
- **COLPA:** la colpa è l'elemento più importante per discriminare la responsabilità di una azione od omissione. Viene comunemente definita come la deficienza dello sforzo diligente, da cui possa derivare un effetto spiacevole o dannoso ad altri. Ovvero un difetto di comportamento atto a provocare un danno. Manca quindi la volontà di determinare un qualsiasi evento costituente reato, ma l'evento si verifica ugualmente.
Concetto di colpa: Art 43 c.p." Il delitto è colposo o contro l'intenzione, quando l'evento anche se preveduto, non è voluto dall'agente e si verifica a causa di negligenza o imprudenza o imperizia, ovvero per inosservanza di leggi, regolamenti, ordini o discipline".
Anche qui, come nella responsabilità civile, sono quindi determinanti gli obblighi di diligenza, perizia e prudenza; a ciò si aggiungono l'inosservanza di leggi (atti del potere legislativo), regolamenti (atti del potere esecutivo), ordini (atti di altre pubbliche autorità) e discipline (atti emanati da privati che esercitano attività rischiose).

Per comodità didattica distinguiamo la colpa in:
- **colpa generica** caratterizzata da negligenza (trascuratezza, insufficienza di attenzione, dimenticanza, svogliatezza, superficialità); imprudenza (avventatezza, eccessiva precipitazione, scarsa considerazione per gli interessi altrui); imperizia (deficienza di cultura professionale o di abilità tecnica o di esperienza specifica richiesta per l'esercizio della professione).
La giurisprudenza ha individuato le principali ipotesi di imperizia nei seguenti casi: nel difetto di una necessaria esperienza o di abilità tecnica e professionale; nel difetto di quel minimo di abilità e perizia tecnica nell'uso dei mezzi manuali o strumentali, che il sanitario deve saper adoperare con certezza; nella mancata percezione di un quadro clinico facilmente riconoscibile (esempio: processo Alessandrini, paziente morto per peritonite chimica in cui furono condannati 2 chirurghi e un cardiologo;
- **colpa specifica:** Discende dall'inosservanza di leggi, regolamenti, ordini o discipline di provenienza sia dall'autorità pubblica che da quella privata. Per riconoscere la colpa specifica, quindi, basta ricercare ove la regola cautelare violata sia codificata.

Nella responsabilità professionale, la colpa è quella più insidiosa e di gran lunga più importante e frequente del dolo. Come nella responsabilità civile contrattuale, la giurisprudenza considera colposo il comportamento del soggetto che non osservi soprattutto la diligenza, rapportata alle circostanze del caso e che, se impiegata, avrebbe consentito di prevedere e, quindi, di evitare, l'evento dannoso. Pertanto, la colpa consiste nel non aver previsto l'evento in concreto prevedibile, oppure nel non aver evitato, in virtù della medesima diligenza, l'evento previsto. Viceversa, laddove l'evento dannoso verificatosi non fosse, né prevedibile né evitabile, non possono ravvisarsi gli estremi della colpa. I parametri più ricorrenti in ambito giuridico ai

quali si fa riferimento per individuare la sussistenza della colpa generica di un soggetto sono: il criterio della preparazione media, il criterio della regola tecnica, il criterio delle circostanze soggettive e il criterio delle circostanze oggettive.

- **Criterio della preparazione media:** in base al quale, l'errore commesso dal singolo infermiere viene comparato e conseguentemente valutato sotto la lente della preparazione media degli infermieri in genere. Per effetto dell'applicazione di tale principio, per potersi configurare imperizia non si deve prendere in considerazione l'eventuale "ignoranza dell'infermiere in senso lato", bensì il fatto che quest'ultimo non possieda le conoscenze che un " comune infermiere dovrebbe avere".

Allo stesso modo non pare negligente l'infermiere che, senza conseguenze, omette alcune norme tecniche, ma lo è invece colui che tralascia quelle stesse regole che tutti gli altri osservano nella medesima circostanza. Infine sembra non potersi considerare imprudente chi individua ed usa metodi gravati da un rischio con ciò premurandosi di adottare le dovute cautele, lo è invece colui che, al contrario, li usa male e senza concreta esigenza.

- **Criterio della regola tecnica:** implica un esame approfondito della prestazione resa da parte del professionista ed è finalizzato ad approfondire l'illogico discostamento dell'azione eventualmente attuata, rispetto alle direttive tecnico/pratiche, riconosciute e collaudate dalla comunità scientifica (procedimento e tecniche assistenziali, ecc.).
- **Criterio delle circostanze soggettive:** ambito molto importante, delicato e complesso, che prende in considerazione la posizione professionale del soggetto interessato, lo status psichico al momento dell'accadimento ed il livello di intelligenza e preparazione. In presenza di un eventuale errore, ad esempio, non si potrà certo pretendere di valutare allo stesso modo la prestazione resa da un infermiere neo laureato con quella resa da un professionista esperto nell'assistenza, forte di specializzazioni sulla materia e con un bagaglio di conoscenze ed esperienze sorretto da anni di esercizio nello specifico ambito professionale.

La forma di responsabilità per IMPERIZIA è suscettibile di trovare applicazione soprattutto nel caso dell'infermiere specializzato, per le ipotesi in cui l'errore che si sta valutando, attenga proprio al contenuto di specifico riferimento della specializzazione vantata. La forma di responsabilità per IMPRUDENZA sembra applicabile all'infermiere che non possieda uno specifico bagaglio culturale e di competenze paragonabile al collega precedente, ma che ciò nonostante (quindi in carenza delle necessarie competenze) abbia deciso di " avventurarsi" in tecniche rischiose. La forma di responsabilità per NEGLIGENZA, potrebbe interessare potenzialmente allo stesso modo, tutti i professionisti infermieri.

- **Criterio delle circostanze oggettive:** questa tipologia non prende in considerazione le caratteristiche del soggetto (l'infermiere), bensì la situazione oggettiva esaminata, la diversificazione fra i casi professionali, le circostanze di luogo e di tempo in cui si realizzano e il modo in cui il professionista ha deciso di attuare il proprio intervento professionale. È infatti noto che, un errore possa verificarsi con maggiori probabilità quando l'atto professionale è particolarmente inconsueto o singolare ed ad esempio, viene attuato in situazioni di particolare urgenza o in carenza di un ottimale sostegno tecnico e umano.

TIPOLOGIA DELLA COLPA

La colpa, in relazione al suo grado, può caratterizzarsi come LIEVISSIMA, LIEVE O GRAVE.

- **Colpa lievissima:** quando non sono presenti la diligenza, la prudenza e la perizia delle persone superlativamente dotate oculatezza e prudenza;
- **Colpa lieve:** quando non sono presenti la diligenza, la prudenza e la perizia di ogni uomo di media capacità;
- **Colpa grave:** quando non sono presenti la diligenza, la prudenza e la perizia di tutti gli uomini, così che la fattispecie risulti inescusabile.

La definizione di colpa, come si può vedere, rimane comunque espressione dell'inosservanza di uno di sforzo diligente socialmente richiesto, tale sforzo è richiesto nell'interesse del prossimo.

La colpa può assumere la forma dell'incuria (o negligenza in senso stretto), dell'imprudenza, dell'imperizia o dell'illegalità e, in relazione al suo grado, può caratterizzarsi come lievissima, lieve o grave.

Mentre la colpa lieve consiste nella violazione dell'ordinaria diligenza, ossia la diligenza del "buon padre di famiglia" ex art. 1176 c.c., ai fini dell'integrazione della colpa grave occorre la violazione anche della soglia minima di diligenza.

Il Decreto Balduzzi convertito in legge 189 nel Novembre 2012, all'art. 3, conferma la **specialità** delle professioni sanitarie desunta dall'art. 2236 c.c., che esonera l'esercente sanitario da responsabilità nel caso in cui la commissione/omissione sia seguente ad una condotta solo **lievemente colpevole**.

Le *guide Lines* costituirebbero quindi criterio importante, ma è sempre il caso concreto ad imporre i comportamenti da mettere in pratica correttamente, e non viceversa.

Pertanto potrebbe costituire condotta sussumibile sotto il criterio di colpa grave anche il comportamento sanitario ligio alle *guide Lines* che tuttavia – per le specificità del caso concreto, tenendo conto in particolare della professionalità media – risulta essere palesemente di-

stante dalla **condotta clinica ottimale applicabile al caso specifico**.
D'altronde il decreto integra in parte quanto previsto anche dall'art. 2236 del codice civile che recita: "se la prestazione implica la soluzione di problemi tecnici di speciale difficoltà". "il professionista non risponde dei danni, se non in caso di dolo o colpa grave". Pertanto, in tale ambito, la distinzione tra colpa grave e colpa lieve è particolarmente importante, perché mentre la colpa lieve potrà essere moralmente censurabile, ma non comporta alcuna conseguenza giuridica, la colpa grave, invece, comporta la responsabilità giuridica e il conseguente obbligo del risarcimento del danno.
La definizione classica di **colpa grave** fa riferimento alla negligenza macroscopica, grossolana e imperdonabile. Così come è paradossale l'episodio in cui è incorso un ausiliario (qualche giornale ha riportato addirittura infermiere) condannato per omicidio colposo mentre trasportava una paziente su una barella.
IL FATTO: Napoli. È omicidio colposo quello commesso nel 2003 da un barelliere del Cardarelli, che mentre trasportava una donna l'ha fatta cadere. Una ruota della barella era finita in un buco nel pavimento, e la paziente era stata sbalzata e, in conseguenza della violenta caduta, era morta per «grave trauma encefalico».
La Cassazione ha reso definitiva la condanna inflitta dalla corte d'appello di Napoli al portantino, oggi sessantottenne, sostenendo che l'uomo, nonostante fosse a conoscenza delle cattive condizioni di manutenzione dell'ospedale, non ha posto la dovuta attenzione nel svolgere il suo lavoro, «una grave inosservanza, atta a integrare la colpa». La sentenza d'appello nel 2011, tra l'altro meno severa che quella di prima grado per la concessione delle attenuanti generiche, ravvisava la colpa dell'imputato nel non aver prestato «adeguata attenzione alla sconnessione del terreno» (per la mancanza di una mattonella), pur essendo l'attenzione richiesta «in ragione del generale ed evidente cattivo stato manutentivo dell'ospedale e della zona in cui è avvenuto l'incidente», e ne rilevava «l'imprudenza della manovra consistita nel tirare la barella tenendola alla proprie spalle», anziché spingerla. Una cautela dovuta alla pendenza del pavimento, secondo l'uomo che, in sua difesa - si legge nella sentenza della Cassazione depositata oggi - ha sostenuto di aver agito «confidando sul rispetto da parte di altri soggetti, garanti della sicurezza, dell'obbligo di rendere privo di rischio l'ambiente lavorativo».
Secondo i giudici della quarta sezione penale della Cassazione, il dipendente «non può ritenersi esonerato dalla particolare attenzione richiestagli in relazione ai compiti affidatigli, in ragione dell'obbligo di manutenzione strutturale dell'immobile gravante su altri». Anzi, proprio perché a conoscenza delle cattive condizioni dell'ospedale avrebbe dovuto essere più prudente.

PRINCIPALI REATI A CARICO DEL PROFESSIONISTA SANITARIO:

- **Esercizio abusivo di professione (art. 348 c.p.):** questo tipo di reato si verifica perché sia per la professione medica che per quella infermieristica sono richieste speciali abilitazioni da parte dello stato. Perché si compia esercizio abusivo della professione è sufficiente compiere anche un solo atto della professione tutelata, e che questo atto o questi atti siano specifici ed esclusivi della professione tutelata. Si ha reato anche in assenza di danno per il paziente, in quanto si tratta di reato di pericolo, ossia in cui il bene giuridico è soltanto minacciato.
- **Somministrazione e detenzione di farmaci guasti o scaduti (art. 443 c.p.)**
- **Rilevazione del segreto professionale (art. 622 c.p.):** il richiamo è effettuato dalla legge in maniera particolarmente stringente nei casi di interruzione volontaria della gravidanza, AIDS, tossicodipendenza, violenza sessuale, trapianti. L'obbligo di non rivelare il segreto professionale non è solo di tipo giuridico, ma anche deontologico.
- **Rivelazione del segreto d'ufficio (art. 326 c.p.):** vincola il professionista sanitario non in virtù della sua professione, bensì in quanto riveste la qualifica di " incaricato di pubblico servizio".
- **Rifiuto od omissione di atti d'ufficio (art. 328 c.p.):** il pubblico ufficiale o l'incaricato di pubblico servizio, che indebitamente rifiuta un atto del suo ufficio che, per ragioni di giustizia o di sicurezza pubblica, o di ordine pubblico o di igiene e sanità, deve essere compiuto senza ritardo, è punito con la reclusione da 6 mesi a 2 anni.
- **Omissione di referto (art. 365 c.p.):** è previsto solo nella forma dolosa. Nei casi in cui il sanitario riveste la qualifica di pubblico ufficiale o incaricato di pubblico servizio egli ha l'obbligo di segnalare all'Autorità Giudiziaria qualunque delitto perseguibile d'ufficio. Questo obbligo è previsto dagli art. 361 362 c.p.
- **Obbligo di denuncia (art. 361 c.p.):** a differenza dell'obbligo di referto, si ha non solo quando si sia prestata la propria assistenza o opera, ma quando si abbia avuto notizia di un reato nell'esercizio o a causa del servizio.
- **Omissione di soccorso (art. 593 c.p.):** "chiunque, trovando abbandonato o smarrito un fanciullo minore degli anni dieci, o un'altra persona incapace di provvedere a se stessa, per malattia di mente o di corpo, per vecchiaia o per altra causa, omette di darne immediato avviso all'autorità è punito con la reclusione fino a tre mesi o con la multa fino a lire seicentomila"; al comma 2 "alla stessa pena soggiace chi, trovando un corpo umano che sia o sembri inanimato, ovvero una persona ferita

o altrimenti in pericolo, omette di prestare l'assistenza occorrente o di darne immediato avviso all'autorità"; "se da siffatta condotta del colpevole deriva una lesione personale, la pena è aumentata; se ne deriva la morte è raddoppiata".

- **Lesioni personali e omicidio colposo (artt. 583 e 598 c.p.)**
- **Sequestro di persona (art. 605 c.p.):** in ambito sanitario è un reato che può essere commesso da medici e infermieri soprattutto in campo psichiatrico e nel trattamento dei tossicodipendenti.
- **Violenza privata (art. 610 c.p.):** chiunque, con violenza o minaccia, costringe altri a fare, tollerare od omettere qualche cosa è punito con la reclusione fino a 4 anni. All'interno della professione infermieristica possono integrare gli estremi di tale reato, l'abuso di contenzione fisica ed eventuali trattamenti sanitari di competenza infermieristica operati senza il consenso del paziente (parente o tutore legale). Per non incorrere nel reato, necessita di apposita prescrizione medica.
  L'applicazione della contenzione, specie se impropria, comporta gravi rischi per la persona. Si potrebbero manifestare: lesioni dirette(lesioni nervose, ischemiche, asfissia, morte improvvisa) che in letteratura si verificano in un piccolo numero di casi e lesioni indirette collegate nella maggioranza dei casi con l'applicazione di dispositivi fisici, come per esempio: cadute, declino comportamentale, alterazioni cognitive, decubiti, infezioni, e incontinenza urinaria e fecale. L'infermiere in ambito di contenzione non è uno spettatore o un mero esecutore di prescrizioni mediche ma è partecipe della decisione sull'applicazione della contenzione fisica e deve assumersi la responsabilità, insieme al medico, di discernere quali casi richiedano l'applicazione della contenzione fisica. Inoltre nei casi ritenuti di assoluta inevitabilità la contenzione deve essere applicata interrogandosi sempre criticamente sulla sua effettiva necessità, sulle possibili alternative, sulla durata e sul mezzo contenitivo più idoneo da utilizzare, facendo riferimento a strumenti normativi e operativi che consentano il monitoraggio dei pazienti.
- **Interruzione di pubblico servizio (art. 340 c. p.)**
- **Falsità materiale atti pubblici (art. 476 c.p.):** documento non originale, falsificato o contraffatto. Falso Materiale= agire materialmente sulla struttura dell'atto (firma contraffatta, pagina strappata, referto sottratto).
- **Falsità ideologica atti pubblici (art. 479 c.p.):** Falso ideologico= agire sul contenuto, scrivere il falso, attestare un qualcosa che non è mai avvenuta, oppure come non essere avvenuta una cosa in realtà avvenuta, ovvero prospettarla in maniera non conforme al vero.
- **Peculato (art. 314 c.p.):** in virtù del quale il pubblico ufficiale o l'incaricato di pubblico servizio, che, avendo per ragione del suo ufficio o servizio il possesso o comunque la disponibilità di denaro o di altra cosa mobile altrui, se ne appropria; detto reato è punito con la reclusione da quattro a dieci anni.

Le cause più frequenti di errori che coinvolgono gli infermieri in reati penali consistono in:

- Errore di prescrizione,
- Mancato rispetto della regola delle 6 G (giusto farmaco, giusta dose, giusta via, giusto orario, giusta persona, giusta registrazione);
- Scambio di pazienti;
- Errore di dosaggio e diluizione;
- Errore di via di somministrazione;
- Dimenticanza di oggetti nel corpo del paziente;
- Omissione di accertamenti preliminari;
- Errato posizionamento sul letto operatorio;
- Omessa vigilanza dopo anestesia;
- Istruzioni telefoniche date ad un infermiere da un medico, per una somministrazione di farmaci, anche in particolari situazioni, non sono accettabili. Questa pratica coinvolge l'infermiere in una procedura potenzialmente pericolosa per il paziente;
- Prescrizioni "al bisogno", " se occorre", " in caso di dolore": si tratta di prescrizioni condizionate al verificarsi di un evento futuro e incerto;
- Errori per mancata assistenza e/o sorveglianza;
- Errori di valutazione clinica: come possono essere il mancato riconoscimento di segni o sintomi di allerta, in particolare nella funzione di triage; il mancato riconoscimento di un evento avverso durante una trasfusione o di reazione allergica dopo somministrazione di farmaci; ecc.

ERRORI FARMACOLOGICI E RESPONSABILITÀ DELL'INFERMIERE

Rispetto al mansionario del 1974, il profilo professionale (D.M. 739 del 14 Settembre 1994) specifica, al comma 3, che l'infermiere è il garante della corretta applicazione delle prescrizioni diagnostico terapeutiche, naturalmente ciò discende dalla completa responsabilità sull'assistenza infermieristica.

COSA SIGNIFICA: vuol dire che la somministrazione dei farmaci, che prima era eseguita in modo meccanicistico attraverso ordini o prescrizioni, oggi deve essere attentamente valutata seguendo tutte le procedure dettate dai protocolli aziendali, dalla migliore letteratura professionale, e dalle competenze personali. La stessa giurisprudenza in alcune sentenze ha ribadito come l'infermiere debba assolutamente porsi in modo critico e collaborativo col medico, richiamando quest'ultimo a riformulare la prescrizione in caso di qualsiasi dubbio.

- Sentenza n.1878 del 2000 "L'attività di somministrazione di farmaci deve essere eseguita

dall'infermiere non in modo meccanicistico, ma in modo collaborativo col medico. In caso di dubbi sul dosaggio prescritto, l'infermiere si deve attivare non per sindacare l'efficacia terapeutica del farmaco prescritto, bensì per richiamarne l'attenzione e richiederne la rinnovazione in forma scritta (...)". La sentenza si riferisce ad un fatto accaduto nel 1994 presso il reparto di Patologia Chirurgica dell'Ospedale S. Matteo di Pavia. Per alcuni pazienti era stata prescritta una soluzione commerciale denominata "Soluzione 4" contenente cloruro di potassio. La farmacia interna essendone priva, in sostituzione aveva mandato un'altra soluzione contenente cloruro di potassio, denominata "K Flebo". La concentrazione di quest'ultimo è diversa e la prescrizione doveva essere ritarata secondo la nuova concentrazione. Il medico di reparto, pur venendo a conoscenza del fatto, si limitò a fornire generiche indicazioni orali. L'infermiera somministrante (la preparazione era stata delegata all'infermiera generica) non intervenne sul medico per fare cambiare la prescrizione e procedette alla somministrazione causando la morte di due pazienti. La Corte ha confermato la condanna (omicidio colposo) per i medici e l'infermiera. Del tutto estranea si è dimostrata la posizione dell'infermiera generica, che si era limitata a preparare la fleboclisi.

- OSPEDALE CAREGGI DI FIRENZE – Luglio 2012- Il mancato rispetto della procedura di sicurezza prevista per le trasfusioni è alla base dell'errore che ha coinvolto un uomo di 60 anni ricoverato a Careggi e poi morto. Il direttore generale dell'Azienda ha specificato che a fare la procedura «c'era solo l'infermiere» e ha parlato di «eccesso di confidenza» per quanto riguarda il suo comportamento, in quanto avrebbe agito senza la presenza del medico come invece è previsto dalle linee guida, praticando al malato una emotrasfusione con una sacca di sangue che invece avrebbe dovuto essere somministrata ad un altro paziente, che stava nel letto accanto al suo.

Nella speranza che niente di tutto ciò accada a nessuno di noi, resta il fatto che bisogna essere a conoscenza ed essere edotti su quello che potrebbe accaderci in quanto professionisti sanitari responsabili dell'assistenza infermieristica, e di conseguenza comprendere anche come possiamo difenderci e quindi quali precauzioni adottare per salvaguardare noi stessi.

ERRORI PER MANCATA ASSITENZA O VIGILANZA O PROTEZIONE

- Sentenza di Cassazione, 21285/13: Infermiera condannata per omicidio colposo per la caduta di un paziente al quale non erano state apposte le spondine. Confermata la sanzione: otto mesi di reclusione. Decisivo è **l'addebito della negligenza, consistita nel non aver alzato le sponde del letto**. Inutile il richiamo al rifiuto opposto dal paziente, facilmente superabile, e al comportamento disattento tenuto anche dagli operatori sanitari dei turni precedenti, che non avevano ravvisato l'utilità di alzare le spondine. Principio intangibile: i diritti del paziente. Ma, alle volte, è necessario travalicare quei diritti, ignorare i desiderata del paziente, se davvero si vuole garantirne la sicurezza. Preferibile, in determinate situazioni, operare in maniera rigida, rispettando pedissequamente i propri doveri. Altrimenti i rischi, non solo per il paziente, diventano altissimi. IL FATTO: un uomo, ricoverato nella struttura di Terapia intensiva coronarica, cade dal proprio letto, e, a distanza di qualche minuto, esala l'ultimo respiro. Fatale la caduta, resa agevole dalla omissione addebitata alla infermiera operativa in quelle ore, ossia per non aver provveduto alla «apposizione delle sponde al letto del paziente». Questa omissione costa carissimo all'infermiera, che viene ritenuta colpevole, sia in primo che in secondo grado, di «omicidio colposo», e condannata a 8 mesi di reclusione. Per i giudici di Appello, in particolare, la «apposizione delle sponde» – «intervento non cruento e non invasivo, atto ad evitare, o comunque a diminuire fortemente, il rischio di cadute» – non effettuata dall'infermiera va valutata come «omissione connotata da elevatissima negligenza, in violazione di un chiaro obbligo di protezione gravante sul personale infermieristico del nosocomio a salvaguardia del rischio di caduta cui il paziente si trovò concretamente esposto», come «comprovato dalle condizioni di disorientamento, di agitazione e di confusione mentale» del paziente. E tale ottica, negativa per l'infermiera, viene condivisa anche dai giudici della Cassazione, i quali confermano la condanna per «omicidio colposo». Respinta in maniera netta la linea difensiva proposta dal legale della donna, il quale si è richiamato alle già «precarie condizioni del paziente» e, soprattutto, alle «responsabilità degli operatori sanitari» in servizio nei «turni precedenti» a quello in cui si è verificata, purtroppo, la tragica caduta. Di fronte a tali osservazioni, difatti, la presa in esame del comportamento di altri operatori sanitari non avrebbe comunque potuto portare all'«esclusione» o alla «limitazione» della «colpevolezza» della infermiera, responsabile della «mancata apposizione delle sponde al letto del paziente». Ciò perché ella «era tenuta ad adottare la suddetta misura volta ad evita-

re il verificarsi di eventi accidentali, peraltro ampiamente prevedibili». E rispetto a questo quadro, aggiungono i giudici, non è plausibile il riferimento al «rifiuto opposto dal paziente», perché «facilmente e doverosamente superabile richiedendo ANCHE l'intervento del medico di guardia». Evidenti, quindi, la «elevatissima negligenza», la «notevole gravità del reato» e il «rilevantissimo grado di colpa»: confermata in toto, così, la condanna nei confronti dell'infermiera per "omicidio colposo"

- Cassazione 4/8/2011 Sentenza n. 31133: " Infusione fuori vena, pagano 2 infermiere". Sussiste la responsabilità penale per lesioni colpose delle infermiere – oltre alla conseguente responsabilità civile per danni in concorso con la competente Asl - che negligentemente omettano i dovuti controlli durante tutta la notte in cui erano di turno per accertare la presenza o meno in vena dell'ago della flebo, non accorgendosi così della sua accidentale fuoriuscita dal lume venoso e cagionando in tal modo lesioni cutanee da ustioni dalle quali derivava una malattia di durata superiore a 40 giorni. Questi principi sono stati affermati dalla Corte di Cassazione, quarta sezione penale, nella sentenza n. 31133/11, depositata il giorno 04/08/11, con la quale è stato respinto il ricorso avanzato da due infermiere avverso la sentenza della Corte d'Appello di Lecce che aveva confermato la decisione del locale Tribunale che le aveva ritenute colpevoli del reato di lesioni colpose in danno di un piccolo paziente e condannate alla pena di 200,00 euro di multa, oltre al risarcimento, in solido con il responsabile civile Asl, dei danni da liquidarsi in separata sede, nonché al pagamento di una provvisionale di euro 10.000,00 in favore di ciascuna delle parti civili. La Suprema Corte - respingendo la tesi della difesa delle due infermiere che aveva sostenuto, tra l'altro, che le predette avevano fatto legittimamente affidamento sul buon funzionamento del dispositivo elettronico di allarme che presidiava la pompa di infusione – ha osservato che la negligenza di questi sanitari era consistita nell'avere sottovalutato le segnalazioni effettuate dalla madre del paziente che avrebbe dovuto indurle, pur in mancanza dei segnali d'allarme provenienti da questo dispositivo, a verificare che cosa stesse accadendo sotto la benda che fasciava il braccio del bambino che, a decorrere da una certa ora della notte, aveva iniziato a piangere ininterrottamente per le ustioni provocate dall'ago fuori vena.

ERRORI DI VALUTAZIONE CLINICA

- Tribunale di Grosseto Sentenza n. 58/2008: il giudice ripercorre le fasi salienti dei due giorni di peregrinazione di una ragazzina al pronto soccorso del Misericordia, tra il 20 e il 21 aprile 2006, la quale, a causa di una forte tosse, accompagnata da vomito di sangue e battiti cardiaci accelerati, ha atteso oltre 2 ore prima di essere visitata, fino a quando il suo cuore ha cessato di battere intorno alle 13 del giorno 22. "Gli accertamenti dei periti hanno pienamente confermato la macroscopica erroneità del codice assegnato dall'infermiera alla ragazzina (verde di minore gravità, ndr). E con riferimento alla condotta addebitata all'imputata, hanno chiaramente individuato tre profili altamente critici del suo operato". Condotte che alla fine hanno convinto il giudice del nesso di causalità tra le scelte dell'infermiera e la successiva morte della ragazzina, che il secondo giorno, pur vomitando sangue e tossendo quasi ininterrottamente, fino allo stremo delle forze, ha atteso due ore e venti minuti prima di essere presa in consegna da un medico. Ore che le sono state fatali. Un intervento più tempestivo, secondo i periti che hanno analizzato il caso, avrebbe dato alla ragazzina la possibilità di scampare alla morte. "Si è ignorato il fatto che la ragazzina giungeva - ha riferito in aula il perito con una diagnosi clinica chiara (riportata su un certificato redatto dal suo medico curante, ndr). E questo è un atto gravissimo, perché una diagnosi è un atto medico e sostanzialmente l'infermiera l'ha ignorato". Grave per il giudice anche la non corretta valutazione dei parametri vitali che presentava la giovane studentessa: forte tosse, elevata frequenza cardiaca e espettorato accompagnato a tracce di sangue. "È del resto un argomento assai debole - ha proseguito il giudice - quello posto dalla difesa dell'imputata, che ha sostenuto che il caos organizzativo in cui versava il pronto soccorso e la mancanza di strumenti adeguati per verificare i parametri vitali le hanno impedito una adeguata diagnosi. La frequenza cardiaca poteva essere verificata con il semplice controllo del polso". Invece la paziente è stata messa in un angolo ad attendere. Addirittura un'altra paziente del pronto soccorso accortasi che la ragazzina stava male, tanto da non reggersi più in piedi, ha sollecitato l'infermiera, la quale ha risposto che la giovane poteva aspettare il suo turno e che le manifestazioni di dolore che esternava erano dovute soltanto alla paura. Quella stessa paura che di lì a poche ore l'avrebbe uccisa. "Una anticipazione di tre ore dei primi accertamenti - ha spiegato il giudice - avrebbe consentito un precoce intervento terapeutico che avrebbe con buona probabilità evitato il rapido precipitare del quadro clinico".

- Concorso responsabilità penale medico- infermiere: il giudice ritiene entrambi responsabili di omicidio colposo(589 c.p.) e li condanna alla pena di un anno e due mesi di reclusione, oltre al risarcimento del danno in favore dei genitori, posto a carico anche della Az. Osp., liquidato in 145.000,00 euro cadauno con riferimento al solo danno cosiddetto "morale". Il caso oggetto del giudizio: un bambino, sottoposto ad un intervento di adenotonsillectomia, riportato in reparto presenta sintomi di incompleto recupero della forza muscolare e di insufficienza respiratoria; le sue condizioni peggiorano senza che nessuno intervenga attivamente, tant'è che muore per arresto cardio-circolatorio. La contestazione mossa agli imputati è quella di avere contribuito a cagionare la morte del paziente avendo il medico di reparto omesso di prestare la dovuta assistenza e l'infermiere omesso di avvisare il medico del peggioramento delle condizioni di salute del minore, nonostante le ripetute sollecitazioni al riguardo dei parenti, in particolare, contestano che la causa della morte del bambino sia stata l'anossia anossica, prodotta da secrezioni di ogni genere che avrebbero invaso le vie aeree. Il medico, inoltre, contesta di avere avuto l'obbligo di vigilare sui bambini che erano stati da poco sottoposti ad un intervento, se non sollecitato. Il giudice rigetta tutti i ricorsi: in relazione alla posizione del medico, ritiene che "è pacifico che quel giorno gli fosse stata affidata la sorveglianza del decorso post-operatorio dei pazienti che, dopo avere subito un intervento chirurgico, erano stati trasportati in sala degenza" e che correttamente i giudici d'appello avevano rilevato che "tale sorveglianza non poteva limitarsi ad una mera "reperibilità", ma doveva concretizzarsi nell'effettuare ripetute visite in sala degenza per controllare la regolarità del decorso post-operatorio dei pazienti." In relazione alla posizione dell'infermiere, la Cassazione ricorda che la sentenza impugnata aveva evidenziato che i parenti del piccolo paziente, allarmati per le condizioni del bambino, " lo avevano più volte chiamato e lo avevano sollecitato a chiamare il medico, ma egli soltanto una volta si era avvicinato al letto, senza però visionare il vomito e valutare il piccolo che presentava già uno stato soporoso e dispnea.
La Cassazione evidenzia come i sintomi presentati dal bambino, quali la sonnolenza, vomito, sudorazione, che, isolatamente considerati, avrebbero potuto destare non eccessive preoccupazioni, si erano andati via via aggravando nelle due ore successive all'intervento, senza che l'infermiere si preoccupasse minimamente di avvertire il medico e senza che quest'ultimo, che pure si trovava in medicheria, poco lontano dal letto del paziente, facesse una visita di controllo al bambino, nonostante che i genitori allarmati sollecitassero continuamente l'infermiere affinché avvertisse il medico. Ritenute condivisibili le conclusioni dei periti "che hanno accertato che i sintomi presentati dal bambino dovevano essere tempestivamente valutati da un medico che doveva visionare il vomito scuro e accorgersi del pericolo che lo stesso prendesse la strada dell'apparato respiratorio ..... anziché quella dell'esofago; e in questa situazione, avrebbe dovuto tempestivamente provvedere ad eliminare le secrezioni con l'aspiratore oppure provvedere a riportare subito il bambino in sala operatoria, ove non sarebbe decorso quel periodo di tempo fatale per il verificarsi dell'ipossia, a cui è collegato il decesso." ESISTENZA DEL NESSO CAUSALE: infatti, se l'infermiere avesse avvertito in tempo il medico o quest'ultimo avesse fatto di sua iniziativa una doverosa visita al paziente, sarebbe stato accertato e tempestivamente affrontato il grave rischio che correva il bambino, con quei giusti interventi che avrebbero potuto salvare la sua vita "con alto grado di probabilità logica".

EPC La tessera professionale europea

Procedura elettronica per il riconoscimento delle qualifiche professionali

Cos'è?

La tessera professionale europea (EPC) è una procedura elettronica per il riconoscimento delle qualifiche professionali tra i paesi dell'Unione europea (UE). È più facile da gestire rispetto alle procedure tradizionali di riconoscimento, e puoi seguire l'andamento della tua domanda online. Dovrebbe essere disponibile nel 2016.

L'EPC non è una carta tangibile

È la prova del fatto che hai superato il controllo amministrativo e che le tue qualifiche professionali sono state riconosciute dal paese ospitante (o che hai soddisfatto le condizioni per la prestazione temporanea di servizi).

Chi può farne uso?

In quanto professionista europeo, potresti essere interessato a lavorare in un altro Stato membro per sfruttare le opportunità che vi vengono offerte. Il mercato unico è fatto proprio per facilitare questi spostamenti. L'EPC consentirà alle autorità del tuo paese di destinazione di verificare e riconoscere facilmente e rapidamente le qualifiche che hai ottenuto in un altro paese.

PUOI UTILIZZARE LA PROCEDURA EPC SE:

- vuoi stabilirti nel paese ospite ed esercitarvi la tua professione **(stabilimento)**; oppure
- pensi semplicemente di recarti a lavorare temporaneamente in un altro Stato membro **(prestazione temporanea di servizi)**.

QUALI PROFESSIONI SONO INTERESSATE?

- Inizialmente, l'EPC sarà disponibile per alcune professioni selezionate che presentano una elevata mobilità e che figurano tra quelle per le quali è stato manifestato interesse. Tra queste troviamo, ad esempio, infermieri, medici, farmacisti, fisioterapisti, ingegneri, guide alpine e agenti immobiliari.
- Gli altri professionisti dovranno ricorrere alle procedure classiche per il riconoscimento delle loro qualifiche, ma il numero di professionisti in grado di utilizzare l'EPC dovrebbe aumentare in futuro.

Vantaggi

- La procedura elettronica **renderà più semplice** ottenere il riconoscimento delle tue qualifiche e la convalida dei tuoi documenti. Le autorità del tuo paese di provenienza verificheranno che il fascicolo sia completo e ti assisteranno nella presentazione della domanda.
- Se in seguito vorrai presentare un'altra domanda per stabilirti in un altro paese dell'UE, il tuo fascicolo sarà già inserito nel sistema elettronico e non sarà necessario immettervi di nuovo

tutti i documenti. Ciò ti **farà risparmiare molto tempo** per le domande successive.

- Se le autorità preposte all'esame della domanda non adottano una decisione definitiva entro il **termine previsto**, riceverai automaticamente l'EPC.

PROFESSIONISTI
RICHIESTA ONLINE
STRUMENTI PER PRESENTARE DOMANDA E SEGUIRE PASSO PASSO LE RICHIESTE DI UN'EPC

AUTORITÀ NAZIONALI
CONTROLLO E ANALISI
IL PAESE DI ORIGINE E IL PAESE OSPITANTE GESTISCONO LA DOMANDA

Come richiedere l'EPC?
Bastano pochi minuti per creare un account personale nell'apposito sito web. Una volta creato l'account, puoi presentare la tua domanda corredata della scansione elettronica dei documenti pertinenti.
È possibile presentare più di una richiesta dallo stesso account; ad esempio, puoi richiedere che le qualifiche ottenute in Spagna vengano riconosciute sia in Francia che in Germania. È anche possibile modificare le domande o aggiornare le informazioni nel proprio account.

INFORMAZIONI DA FORNIRE PER CHIEDERE L'EPC

- Professione
- Paese di stabilimento del professionista, diploma, formazione, esperienza di lavoro
  - Il modo in cui si prevede di esercitare la professione (tramite lo stabilimento o la prestazione temporanea di servizi)
- Paese in cui si desidera lavorare (paese ospitante)
- Copie dei documenti richiesti

AUTORITÀ NAZIONALI
RICONOSCIMENTO
STABILIMENTO O MOBILITÀ TEMPORANEA NEL PAESE OSPITANTE

PROCEDURA E TERMINI

- Una volta ricevuta la domanda, le autorità competenti hanno **1 settimana per accusarne ricevuta** e comunicare gli eventuali documenti mancanti.
- Se intendi semplicemente **esercitare** la tua professione nel paese ospitante **in via temporanea**, le autorità hanno **3 settimane supplementari per analizzare il tuo fascicolo**.
  Tuttavia, se la tua professione ha un **impatto serio sulla salute o sulla sicurezza dei clienti o dei pazienti**, le autorità hanno più tempo a disposizione per esaminare la tua domanda: **fino a 3 mesi**.
- Se intendi stabilirti nel paese ospitante ed esercitarvi la tua professione **(stabilimento)**, le autorità hanno **un massimo di 3 mesi** per valutare la tua domanda o di **2 mesi** nel caso di professioni che rientrano nell'ambito della procedura di riconoscimento automatico.

Le autorità del tuo paese di origine esamineranno per prime la tua domanda. Poi, il paese ospitante la esaminerà a sua volta e deciderà se le tue qualifiche possono essere riconosciute.

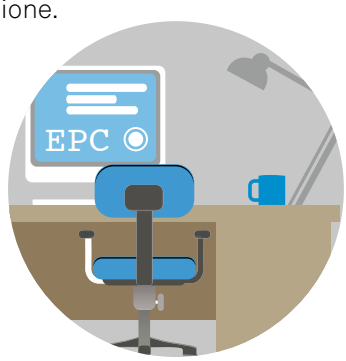
Se le autorità dello Stato membro ospitante dovessero constatare che la tua istruzione ed esperienza professionale non corrispondono ai livelli previsti nel paese, potrebbero chiederti di intraprendere ulteriori passi per dimostrare di essere qualificato. Si tratta delle cosiddette misure compensative. Per adempiere a tale richiesta occorre scegliere tra una prova attitudinale o un tirocinio di adattamento (che può durare fino a 3 anni).

- Se le autorità non dovessero adottare una decisione entro i termini previsti, le tue qualifiche sarebbero riconosciute tacitamente e ti verrà rilasciata l'EPC.
- In caso di rigetto della domanda, sono tenute a indicarne la motivazione, e il richiedente ha la possibilità di presentare ricorso.

VALIDITÀ DI UNA EPC
L'EPC è la prova elettronica che la procedura di riconoscimento è stata ultimata con successo (o che il richiedente soddisfa le condizioni per la prestazione temporanea di servizi). È valida:

- a tempo indeterminato in caso di stabilimento;
- per 18 mesi per la prestazione temporanea di servizi.

Prima di iniziare a lavorare
Una volta ottenuto il riconoscimento delle proprie qualifiche, si potrebbe anche essere tenuti a iscriversi a un organismo professionale prima di poter esercitare la professione. In alcuni casi, le autorità nazionali possono anche chiederti di dimostrare le tue conoscenze linguistiche o prevedere ulteriori requisiti o controlli in materia di registrazione.



PER SAPERNE DI PIÙ SULLE PROFESSIONI REGOLAMENTATE:
http://ec.europa.eu/internal_market/qualifications/regprof/index.cfm?action=homepage

Hanno collaborato

Infermieri autori e relatori delle pubblicazioni

MASSIMO FRANZIN

è infermiere dal 2004, lavora presso il DEA dell'ASST Lariana (Ospedale Sant'Anna di Como), consigliere IPASVI como dal 2014. È infermiere istruttore militare (cgd) del Corpo Militare CRI.

ROSALIA DE MARCO

coordinatore infermieristico presso l'SPDC dell'ASST Lariana (Ospedale Sant'Anna di Como), segretario IPASVI como dal 2014.

MARCO MILETTA

infermiere dal 2015 lavora presso il pronto soccorso dell'Ospedale Valduce di Como.

ALESSANDRO PICONE

infermiere con esperienza di area critica acquisita presso l'Ospedale Valduce di Como e presso il DEA dell'ASST Lariana (Ospedale Sant'Anna). Ora in servizio presso la SOREU dei Laghi (AAT 118 como). Master di Coordinamento delle Professioni Sanitarie.

DANIELA CAROLLO

infermiera dal novembre 2009, dal 2010 infermiera presso DEA Varese, 2016 master I livello a Monza in "Gestione dei Processi Infermieristici nel Soccorso Sanitario Urgenza-Emergenza 118.

RICCARDO CUSMA' PICCIONE

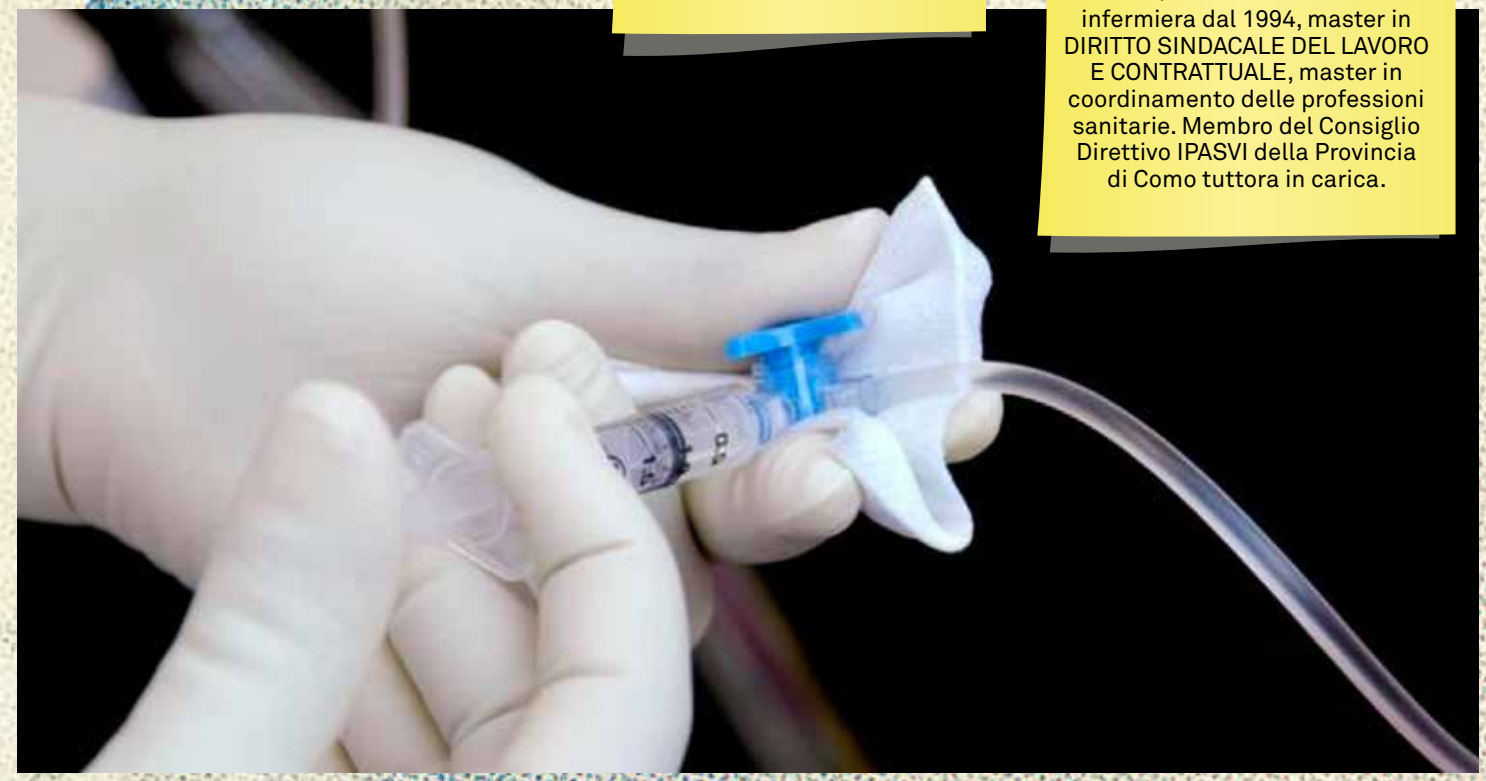
Laureato nel 2013, dal 2014 infermiere di sala operatoria ed emodinamica con master biennale in "infermiere di sala operatoria". Membro della Consulta Neo Laureati IPASVI Como.

CRISTINA DI GIOVANNI

studentessa del corso di laurea in infermieristica, Università degli Studi dell'Insubria-Sede di COMO.

MONICA TROMBETTA

infermiera dal 1994, master in DIRITTO SINDACALE DEL LAVORO E CONTRATTUALE, master in coordinamento delle professioni sanitarie. Membro del Consiglio Direttivo IPASVI della Provincia di Como tuttora in carica.



12.05.2016 GIORNATA INTERNAZIONALE DELL'INFERMIERE

LA SALUTE MI AVEVA ABBANDONATO. GLI INFERMIERI MAI.

Prendersi cura delle persone,
con le giuste competenze,
in ogni momento della loro vita.
Questa è la professione dell'infermiere.

#PROFESSIONEINFERMIERE

IPASVI.IT

IPASVI
FEDERAZIONE NAZIONALE COLLEGI INFERMIERI