

Aprile
2018 - N. 64

ISSN 2281-9479

Algorà

PERIODICO DI INFORMAZIONE DELL'ORDINE DI COMO



**Biotestamento
e etica del
cambiamento** P. 6

DI ALESSANDRO D'ANGELO E DARIO CREMONESI

**Da Collegio a
Ordine** P. 10

DI GIUSEPPE CHINDAMO,
FEDERICA VIGANÒ E EMILIA CATTANEO

**Speciale elezioni:
ecco il direttivo
2018/2020** P. 14

DI ALESSANDRA KISZKA

**Formazione:
i corsi 2018** P. 47

DI MONICA TROMBETTA



OPI COMO

Ordine delle Professioni Infermieristiche

Agorà

Aprile 2018 - N. 64

Direttore Responsabile:

Dario Cremonesi

Vice Direttore e Capo Redattore

Massimo Franzin

Comitato di Redazione:

Paola Pozzi, Elena Cavadini,
Alessandra Kiszka, Federica Viganò,
Giuseppe Chindamo, Alessandro D'Angelo

Segreteria di Redazione:

Daniela Sereni, Daniela Zanini

Sede, Redazione, Amministrazione:

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

Proprietario:

OPI Como

Impaginazione e stampa:

Elpo Edizioni - Como
www.elpoedizioni.com

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

Per contattarci:

tel. 031/300218 - fax 031/262538
e-mail: info@opicom.it

Lettere alla Redazione:

Per scrivere al direttore,
invia una mail a: info@opicom.it

Per scaricare la rivista online:

www.opicom.it
AGORA'

FOTO IN COPERTINA

Monitoraggio parametri vitali durante manovre
di assistenza infermieristica in sala operatoria.

L'Editoriale

INFERMIERI
E PROATTIVITÀ:
l'informazione orienta
i comportamenti
di Dario Cremonesi

Infermiere e bioetica

6 Biotestamento e etica del cambiamento

Politica e professione

10 Da Collegio a Ordine

L'evento

12 Papa Francesco incontra gli infermieri

Speciale elezioni

14 Riflessione sulle elezioni

L'Ordine Informa

16 Iscrizioni e cancellazioni

20 Multe e raccomandate dell'Agenzia delle Entrate
vengono recapitate via PEC

Infermiere in area critica

22 L'Ecografia a bordo del MSA di 1 livello: utopia o futuro?

L'infermiere nella storia

25 1915-1918 Medicina, clinica ed assistenza
infermieristica in grigioverde

L'infermiere oggi

32 "Sei ore di attesa per parlare SOLO con un infermiere"
Dipinto di un pronto soccorso

Diritto e rovescio

35 Cosa cambia dopo la Legge Gelli per gli infermieri: le
principali novità in pillole

Infermiere altrove

37 La percezione degli infermieri italiani sulle difficoltà
nell'assistenza erogata all'utenza multi-etnica

Commissione immagine

45 Una Commissione per promuovere l'immagine
dell'infermiere

Commissione formazione

47 Programmazione corsi 2018

Consulta neo infermieri

48 Nasce la nuova Consulta Neolaureati

Infermiere e solidarietà

49 Infermiere nelle emergenze

Infermieri e proattività: l'informazione orienta i comportamenti

Carissimi Colleghi, trovandomi per la prima volta a scrivere l'editoriale di Agorà, la storica rivista infermieristica del Collegio IPASVI di Como, oggi Ordine provinciale delle Professioni Infermieristiche (OPI), a breve distanza dall'inizio del nuovo mandato, mi sono interrogato su quali dovessero essere le priorità da condividere, affinché la nostra comunità professionale avvertisse la dovuta vicinanza del proprio organo di rappresentanza. La prossimità del neo Ordine provinciale ai diversi ambiti di esercizio della professione infermieristica, riveste un ruolo fondamentale sia a livello locale, sia con riferimento ai diversi stakeholder della professione infermieristica, dalle strutture sanitarie che insistono sul territorio, agli organi di governo centrale, dal confron-

to con l'esponenziale evoluzione della professione, al suo improrogabile riconoscimento nel panorama di riferimento e confronto, con tutte le altre professioni sanitarie, che in rete alla nostra, concorrono a creare soddisfazione nelle persone assistite.

Non un vezzo quindi, non una ridondanza di aride retroguardie, nonostante le tradizioni culturali richiedano trasformazioni tanto lente quanto abrasive, non un mero esercizio di circostanziale dialettica, quanto invece un chiaro, univoco e intenso bisogno di valorizzazione del quotidiano esercizio della professione infermieristica, nelle sue più disparate declinazioni, nonché della forza identitaria nell'affrontarlo.

Dove risieda precisamente l'origine che accomuni le variabili che concorrono a realizzazione l'obiettivo, at-

traverso quelli che potremmo virtuosamente definire "fattori determinanti del cambiamento", è tanto immediato a dirsi quanto invece complesso a realizzarsi: ancora, non una ricetta, bensì una chiave di lettura e riflessione, forse la più efficace, ossia quella dell'informazione, e dello straordinario e dirompente potere che essa sprigiona.

Da dove provengono le provocazioni e le strumentalizzazioni di politica inter professionale a cui la professione infermieristica è costantemente sottoposta, in qualsiasi ambito e a qualsiasi livello?

Da dove proviene quella connotazione semplicistica e superficiale, impropriamente ricondotta dai media alla figura dell'infermiere, nella descrizione di fatti di cronaca in cui la violazione della responsabilità deontologica riguarda



Dario Cremonesi
Presidente Ordine
delle Professioni
Infermieristiche
Provincia di Como

invece altre figure operanti nel mondo sanitario? Naturalmente, il riferimento non è legato a eventi eclatanti connotati da inconfutabili responsabilità individuali, il cui giudizio è affidato a organi preposti (che altrettanto richiamano a una riflessione interna), bensì alle contaminazioni irriverenti e fuorvianti che fanno sfumare i perimetri del reale coinvolgimento.

Da dove proviene quel limite residuo che argina il successo individuale di un professionista o di un'equipe al singolo luogo di cura, che difficilmente si traduce in un generalizzabile traguardo per l'intera comunità professionale?

In definitiva, da dove proviene quella remittente confusione sul ruolo e sull'identità professionale degli infermieri che permea l'im-

Continua a pag. 4

I° Congresso Nazionale FNOPI - Dario Cremonesi con Studenti del Corso di Laurea in Infermieristica di Como.



maginario collettivo? Alcune di queste domande hanno risposte nitide ormai chiare a tutti i professionisti infermieri, altre trovano spiegazione nel riverbero di singoli o di gruppi professionali più o meno toccati dallo specifico quesito, altre ancora faticano a trovare una plausibile interpretazione risolutiva.

Se provassimo a trasferire questi spunti di riflessione nel nostro agire quotidiano, se provassimo a personalizzare queste domande aperte, coniugandole al senso di appartenenza professionale che proviamo singolarmente, forse troveremmo, a fattore comune, che l'informazione, intesa come fenomeno, spesso frammentato, distorto, talvolta inconsapevolmente interrotto o deliberatamente bloccato, sostanzialmente sia troppo spesso sottovolutata.

L'informazione, trasferita oralmente, scritta e documentata, è condivisione di intenti, processi, progetti e risultati; l'informazione circola mediante la comunica-

zione, che è sempre necessariamente bidirezionale e produce effetti di riduzione delle distanze, attenuando ansie e timori, e dipanando incomprensioni. L'informazione aumenta la consapevolezza negli erogatori e nei destinatari dell'assistenza infermieristica, la consapevolezza accresce l'identità professionale, che amplifica a sua volta forza e capacità decisionali, generando un'esplicita manifestazione della competenza infermieristica, e impatta favorevolmente sull'autonomia professionale, mai disgiunta dall'esercizio intenzionale della responsabilità, tanto valore quanto principio. Se a questo circolo virtuoso si accosta il costante rinnovo di conoscenze scientifiche e buone pratiche, avvertito come bisogno del professionista al punto da generarne di nuove, ecco sanato (almeno per quella parte discrezionale) il divario tra informazione e realtà, ecco il volano dell'innovazione professionale, poiché l'informazione è affermazione.

Di quali informazioni

abbiamo bisogno quindi per leggere l'ambiente sanitario nell'era degli ordini professionali? E a quale livello s'innesta la responsabilità di ciascun infermiere nel recepire e diffondere informazioni che affermino un'identità professionale che interrompa un orizzonte di attesa carico di obsolescenza?

Partiamo dal posizionamento della neo Federazione Nazionale degli Ordini delle Professioni Infermieristiche (FNOPI) sul tema della carenza di personale nel SSN: mancano professionisti, e tra questi professionisti ovviamente mancano infermieri. Le professioni sanitarie, che concorrono per natura a realizzare il bene meritorio di salute dei cittadini, ritengono tutte che senza un numero adeguato di professionisti non si possa curare in modo sicuro ed efficace. Noi infermieri, analogamente, affermiamo che, in un mondo in cui il profilo di salute dei cittadini, per demografia e

cronicità, stia generando un progressivo aumento dei bisogni di assistenza infermieristica, fisiologicamente presidabili e risolvibili dagli infermieri, questi manchino, ma che ancor più manchi equilibrio nel rapporto tra le diverse professioni sanitarie. Il mutato contesto, in assenza di tale equilibrio e di adeguati numeri, espone il sistema salute a enormi rischi: dall'impoverimento delle peculiarità dei contributi specialistici richiesti dal cittadino/utente, alla riduzione di garanzie nell'erogazione di cure e assistenza, che preservi caratteristiche di efficacia, efficienza e soprattutto sicurezza verso i destinatari (Fig. 1). Nel tentativo di superare individualismi professionali e ridondanze demagogiche, il dato dichiarato da OCSE nell'ultimo rapporto sulla salute 2017 (Health at Glance, fig.1), basato sul numero complessivo di medici e infermieri attivi, pur presupponendo che il SSN italiano a



FIG. 1 Fonte: OECD "Health at a glance", 2017

modello Beveridge, sia indiscutibilmente ritenuto tra i migliori dei principali Paesi dell'Organizzazione, dimostra tuttavia come in Italia vi siano complessivamente meno infermieri rispetto al dato medio internazionale, specie se si considera tale dato rapportato al numero di medici.

La situazione analitica interna al nostro Paese, secondo quanto rendicontato dalla Ragioneria Generale dello Stato, dimostra come vi sia stata una diminuzione di 13.000 professionisti infermieri dal 2010 al 2016, e di 6.000 medici nel medesimo periodo, a causa di invarianza di risorse complessive (riduzione del peso della spesa sanitaria pubblica sul PIL) e settoriali (vincoli di riduzione della spesa per il personale o blocco per le regioni in piano di rientro).

Attualmente in Italia il rapporto medici/infermieri risulta costante nel tempo (2010=2,48, 2016=2,52), proprio in considerazione dell'emorragia di professionisti di entrambi i profili professionali (Fig. 2).

La FNOPI ha calcolato che per far fronte nell'immediato al bisogno di salute sul territorio delle persone con patologie croniche, e in condizioni di parziale o completa non autosufficienza (più di 16 milioni in Italia), oltre a medici di medicina generale per quanto attiene a diagnosi e terapia, servono 31.000 infermieri (1 ogni 500 pazienti), e che nei

contesti ospedalieri, il rispetto dei parametri dettati da norme europee su turni e orari di lavoro, al fine di assistere in sicurezza, ne servano altri 21.000, con una proiezione al 2021 di 63.000 professionisti infermieri complessivamente necessari.

A fronte di questo ulteriore dato informativo, risulta quanto mai opportuno innescare ad ogni livello, sin dai banchi universitari, riflessioni collettive e continue, sui possibili scenari futuri del SSN, e su come gli infermieri siano quantitativamente e qualitativamente indispensabili e irrinunciabili per fronteggiare il bisogno di continuità che i cittadini richiedono, poiché capaci di generare un'offerta competitiva in materia di riconoscimento delle competenze: dall'innalzamento e ulteriore grading dei ruoli gestionali, all'approfondimento specialistico nell'area professionale, sino all'allargamento delle opzioni di carriera in aree contendibili.

È davvero necessario, qui e ora, che gli infermieri desiderino essere non più solo reattivi, ma anche e soprattutto proattivi nella partita di rimodulazione delle competenze e dei modelli organizzativi, a ogni livello gerarchico e in qualsiasi contesto d'esercizio, sia esso pubblico, privato, convenzionato, residenziale, di comunità, societario o di libera professione, così come in qualsiasi ambito disciplinare.

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
SICILIA	1,80	1,84	1,84	1,83	1,86	1,89	1,92
CALABRIA	1,89	1,91	1,92	1,94	1,97	1,99	1,94
SARDEGNA	2,09	2,11	2,08	2,04	2,04	1,99	1,96
CAMPANIA	1,98	2,02	2,01	2,01	2,02	2,02	2,02
VALLE D'AOSTA	2,12	2,02	1,90	2,07	1,96	1,97	2,19
ABRUZZO	2,43	2,46	2,34	2,34	2,29	2,23	2,23
UMBRIA	2,39	2,49	2,49	2,42	2,71	2,86	2,33
PUGLIA	2,32	2,46	2,44	2,49	2,46	2,45	2,38
ITALIA	2,48	2,50	2,50	2,51	2,51	2,53	2,52
BASILICATA	2,47	2,35	2,38	2,41	2,39	2,45	2,53
PIEMONTE	2,52	2,48	2,53	2,54	2,54	2,57	2,55
LAZIO	2,42	2,46	2,48	2,53	2,55	2,59	2,61
TOSCANA	2,62	2,65	2,63	2,62	2,59	2,62	2,63
LOMBARDIA	2,71	2,72	2,72	2,73	2,74	2,73	2,67
LIGURIA	2,78	2,85	2,86	2,87	2,85	2,73	2,71
PROVINCIA TRENTO	2,97	3,08	3,03	2,90	2,92	2,95	2,76
MARCHE	2,70	2,71	2,73	2,75	2,76	2,80	2,79
MOLISE	2,55	2,66	2,65	2,69	2,70	2,85	3,00
EMILIA ROMAGNA	2,92	2,91	2,90	2,91	2,91	2,97	3,03
VENETO	3,02	3,03	3,03	3,10	3,09	3,08	3,05
FRIULI VENEZIA GIULIA	2,91	2,85	2,84	2,92	2,94	2,85	3,09
PROVINCIA BOLZANO	3,45	3,45	3,51	3,44	3,46	3,46	3,35

FIG. 2: Rapporto infermieri/medico 2010 – 2016
Fonte: Centro Studi FNOPI su dati Conto annuale della Ragioneria generale dello Stato, dal 2010 al 2016.

Il tema? Progettare, proporre, esportare e diffondere nuove e consolidate forme di espressione delle competenze infermieristiche/peculiarità, esperte, specialistiche e avanzate che meritano di essere valorizzate e offerte al cittadino, al

pari e a fianco di qualsiasi altro professionista sanitario, e che il neo Ordine delle Professioni Infermieristiche della nostra provincia intende sostenere e diffondere. È tempo di OSARE ESISTERE.



“Tenete d’occhio le scale, a loro piace cambiare!”
(J.K. Rowling, 26 giugno 1997)



Biotestamento e etica del cambiamento

Il valore del fine e dei mezzi



Giovedì 14 Dicembre 2017: Il Senato della Repubblica Italiana approva il testo di Legge intitolato "Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento". Con l'approvazione del citato disegno normativo viene quindi introdotta, anche in Italia, la **Legge n. 219 del 27 Dicembre 2017** in materia di regolamentazione del consenso informato e del biotestamento, pubblicata in Gazzetta Ufficiale il 16 gennaio 2018, ed entrata in vigore il 31 gennaio 2018.

L'argomento risulta di per sé particolarmente annoso

e delicato e, come si evince dalle prime pubblicazioni a riguardo, presenta l'insidioso rischio di evocare incertezze interpretative con argomenti quali il suicidio assistito ed eutanasia, che non vengono di fatto trattati nel testo in oggetto, in quanto identicamente proibiti e puniti penalmente dalla Legge Italiana quod ante.

Per tale motivo risulta necessario un approfondimento che dipani parafrasi non contemplate, che attraggono fuorvianti fenditure sul tema del "diritto di morire", e rischiano di offuscare inutilmente la

necessaria e forte sottolineatura dell'innegabile **diritto di scegliere**: un diritto di sottoscrivere le cure con atteggiamento conscio e partecipato, tanto rilevante quanto il diritto di rifiutare tutte le cure (comprese quelle vitali), nel pieno e completo rispetto del principio di autodeterminazione, secondo cui si possa essere sottoposti ad una determinata terapia, esclusivamente in presenza di condizioni che ne favoriscano una scelta senziante, come sancito dall'Art. 32 della Costituzione della Repubblica Italiana.

"La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti. Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di Legge. La Legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana."

Il nuovo testo di legge recepisce la forte interconnessione tra medico e paziente nella relazione di cura,

contemplando la necessità di considerare modi diversi di curare la malattia, purché esitanti da scelte concordate biunivocamente. Tali scelte liberalizzano quindi la relazione con la persona assistita da restrizioni e da contenimenti imposti dalla giustapposizione attuale di medici e malati, e di questi, con tutto il resto dell'organizzazione, infermieri compresi. La giustapposizione non è relazione, è un allineamento senza rapporto dove la restrizione più rilevante, dal punto di vista infermieristico e del paziente, è proprio quella dell'effetto di una costrizione morale, dovuta alla limitazione della facoltà di conoscere i diversi livelli di verità esistenti nel fenomeno del vissuto dell'uomo/persona affetto da malattia. Il semplice affiancamento medico - malato implica nei contesti di cura, un ricorso esclusivo alla "conoscenza di una sola conoscenza, quella oggettiva - clinica". (Cavicchi, 2004, pag. 223-225).

Sin dalle prime righe si sottolinea come l'effetto normativo sia volto a garantire e tutelare "il diritto alla vita, alla salute, alla dignità e all'autodeterminazione della persona", e ancora "nessun trattamento sanitario può essere iniziato o perseguito se privo del consenso libero e informato della persona interessata, tranne che nei casi

espressamente previsti dalla legge" (art. 1, comma 1), nel pieno rispetto appunto dei principi ricompresi nella Costituzione (artt. 2, 12, 32) e nella Carta dei Diritti Fondamentali dell'Unione Europea (artt. 1, 2, 3). Sempre nei frangenti introduttivi viene infatti promosso e valorizzato il percorso relazionale informativo di fiducia e cura tra paziente e medico, nel quale trovano un punto di incontro l'autonomia decisionale dell'assistito nonché la competenza e l'autonomia professionale del medico. In tale relazione sono coinvolti, per rilevante competenza, **tutti gli altri membri che compongono l'equipe sanitaria** e, su volontà dell'interessato, anche i familiari, la parte dell'unione civile, il convivente, ovvero persone di espressa fiducia.

Viene sostanzialmente riconosciuto alla persona maggiorenne e capace di intendere e di volere, il diritto di conoscere (o non conoscere) in modo completo e comprensibile, le proprie condizioni di salute, e di rifiutare, in tutto o in parte, qualsiasi accertamento diagnostico o trattamento sanitario indicato, e di revocare in qualsiasi momento un consenso accordato precedentemente, anche se tale revoca comporti l'interruzione del trattamento stesso, incluse la **nutrizione e l'idratazione artificiale**. In relazione a



quest'ultimo passaggio vengono operate precise scelte di linguaggio e di campo: nutrizione e idratazione artificiali vengono qualificate come trattamenti sanitari e non come sostentamenti ordinari di base, rientrano cioè nella sfera applicativa dell'art. 32 della Costituzione, pertanto rifiutabili al pari di qualsiasi altro trattamento sanitario, a superamento delle controversie interpretative emerse in situazioni note alla cronaca, come nel caso di Eluana Englaro, la cui morte sopravvenne a seguito della sospensione di nutrizione e idratazione artificiali.

È altresì importante sottolineare che così come ai pazienti viene garantito il diritto di autodeterminarsi e posizionarsi consapevolmente rispetto al proprio percorso diagnostico - terapeutico e assistenziale, altrettanto al medico è accordata l'**obiezione di coscienza**, non avendo quest'ultimo l'obbligo professionale di attuare le volontà del paziente, in caso di abbandono da parte dello stesso dell'iter

prospettatogli. Il paziente potrà comunque, e in ogni caso, rivolgersi ad altro medico anche nell'ambito della medesima struttura sanitaria.

Il consenso informato, quale concretizzazione della diade fiduciaria e informativa, viene acquisito nelle modalità più appropriate per le condizioni di salute del paziente, dalla più semplice forma scritta alle videoregistrazioni per persone diversamente abili, realizzate attraverso dispositivi che consentono loro di esprimere una consapevole volontà.

È opportuno ribadire nuovamente quanto riportato in esordio rispetto alla dissociazione concettuale e sostanziale da azioni o omissioni che, per natura e nelle intenzioni di chi agisce, o si astiene dall'agire, **procura anticipatamente la morte** di un individuo, a prescindere da qualsiasi scopo, ivi compreso l'alleviarne le sofferenze. L'assistito non può quindi, **in alcun caso**, richiedere trattamenti sanitari contrari a norme di legge che rientrino nel tema dell'eu-

tanasia, quale atto volto a porre fine alla vita tramite l'intervento, diretto o indiretto, di un terzo soggetto.

Sempre secondo il testo di legge, il medico deve adoperarsi per alleviare le sofferenze del paziente garantendo un'appropriate terapia del dolore in associazione all'erogazione di cure palliative nei contesti ospedalieri o al domicilio, e in caso di refrattarietà ai trattamenti sanitari, dovrà astenersi dalla somministrazione di cure e misure terapeutiche inutili e sproporzionate riconducibili ad accanimento terapeutico, optando invece, ove necessario, a sedazione palliativa profonda continua. E' favorevolmente garantito, per le complessità di variabili bio-fisiologiche, psicologiche e socioculturali, un adeguato supporto psicologico sia all'assistito sia ai familiari, a supporto di una sempre maggiore autodeterminazione orientata da consapevolezza situazionale ed emotiva. Nulla di nuovo quindi per il professionista infermiere, che non è certo estraneo a tali indicazioni prescrittive, che altresì rafforzano gli specifici articoli del Codice Deontologico, dalla più recente edizione approvata alle precedenti, compresa la versione attualmente in bozza e revisione.

Un'ultima digressione ad esaurimento dell'ingente capitolo relativo al consenso informato riguar-

da minori e persone con assenza o limitazione di condizioni che favoriscano l'espressione della propria volontà, a causa di documentate limitazioni psico-fisiche di varia natura. In questi particolari e altrettanto delicati casi, le decisioni e i correlati consensi informati spettano ai titolari di responsabilità genitoriale, tenendo sempre e comunque in debita considerazione la capacità decisionale e il grado di comprensione in relazione all'età, nel caso di minore, e la residuale capacità e/o possibilità di esprimere una specifica volontà, negli altri casi descritti. Le decisioni per persone definite interdette o inabilitate vengono affidate al tutore o amministratore di sostegno; laddove sussista disaccordo tra beneficiario di cure e assistenza e l'iter clinico definito, la decisione è per prassi giurisprudenziale rimessa al giudice tutelare.

In previsione di future problematiche che possano, in qualsiasi forma, compromettere la capacità di decidere e/o di comunicare le proprie decisioni, la Legge introduce l'esplicito e fulgente concetto di **"Disposizioni Anticipate di Trattamento"** altrimenti note come DAT, secondo cui diventa possibile stabilire in anticipo, SE e QUANDO fornire (e quindi negare) il proprio consenso per indagini diagnostiche, scelte

terapeutiche o trattamenti sanitari, (ricordiamo che la neo-legge considera peraltro trattamenti sanitari la nutrizione e idratazione artificiali).

Il **biotestamento** consiste quindi in disposizioni anticipate di trattamento sanitario ed indica l'esplicitazione a priori delle volontà relative a trattamenti sanitari che un soggetto può decidere di accettare o rifiutare, vincolanti per l'intera équipe sanitaria, salvo che queste appaiano manifestamente inappropriate, contrarie alla legge, o non corrispondenti allo stadio evolutivo della patologia, piuttosto che alla condizione clinica contestuale del paziente; oppure ancora qualora sussistano terapie non prevedibili o sconosciute al momento della sottoscrizione delle DAT da parte del disponente, e che siano in grado di migliorare prognosi o qualità della vita.

In sostanza, ogni persona maggiorenne e capace di intendere e di volere potrà redigere (di proprio pugno o mediante format predefiniti) o videoregistrare le disposizioni anticipate di trattamento, per atto pubblico o per scrittura privata autenticata, o ancora potrà consegnare la documentazione presso l'Ufficio dello Stato Civile del proprio comune di residenza, in cui è prevista per norma l'istituzione di un registro di raccolta, oppure

presso strutture sanitarie che sfruttino sistemi telematici di governo dei dati. Infatti, le Regioni che hanno implementato modalità di gestione delle cartelle cliniche informatizzate e in rete, o fascicoli sanitari elettronici, o che hanno previsto la creazione di database specifici, costituiscono un'ulteriore forma di ente depositario delle DAT dei cittadini-utenti. Un vero e proprio registro nazionale delle DAT potrebbe verosimilmente trovare realizzazione, con formalizzazione d'impegno del costituente esecutivo, nella prossima Legge di Bilancio. Un'ulteriore e importante novità introdotta dal testo di legge risiede nella possibilità di nominare un fiduciario, quale soggetto di credito morale appunto, che vicarierà le decisioni in nome e per conto del firmatario delle DAT, qualora impossibilitato a farlo, di concerto con il medico, anche alla luce di possibili cambiamenti intercorsi nel tempo e di prospettive diagnostiche - terapeutiche offerte in un'ottica alternativa non altrimenti prevista. Il **fiduciario** sarà quindi il sostenitore finale della massima fiducia dell'intera filiera di tutela delle volontà del soggetto interessato, nonché garante dell'esercizio di responsabilità nell'interpretare le DAT contenute nel biotestamento, qualora necessario. La nomina di un

fiduciario apre l'ennesimo frangente morale in una legge satura di raccordi etici (tanto elevati quanto estremamente profondi); non è infatti scontato o altrettanto ovvio che la prossimità determinata dal legame parentale costituisca un coinvolgimento obbligato nei processi decisionali per l'assistito. Un genitore, ad esempio, che nell'immaginario collettivo è fisiologico protettore di vita, salute e benessere della prole, potrebbe trovarsi in un difficoltoso e comprensibile conflitto con la volontà depositata dal proprio figlio/a, e collocandosi in un'involontaria posizione antitetica al rispetto delle DAT, come tale verrebbe estromesso da qualsiasi decisione, preservata invece da un fiduciario terzo al nucleo familiare.

Per questo stesso motivo, e per le presumibili implicazioni emotive, l'accettazione della nomina fiduciaria avviene attraverso ulteriore sottoscrizione, informata e consapevole, delle DAT redatte dal cittadino-utente interessato, o con atto successivo allegato al biotestamento. Il fiduciario conserverà una copia del testamento bio-

logico e avrà quindi l'onere e il potere di attualizzare, attraverso un solido accordo con il personale sanitario, le disposizioni che il titolare firmatario del biotestamento avrà indicato.

La notevole rilevanza e dignità del termine **disposizione**, in questo caso dal canto del cittadino/utente, è lo snodo semantico che supera l'accezione meramente informativa – comunicativa tipica di una **dichiarazione**, e assume quindi un valore propriamente prescrittivo, che permane comunque **rinovabile, modificabile o revocabile in qualsiasi momento**.

In definitiva, il testo promulgato, con cui i professionisti sanitari tutti si confronteranno progressivamente, in attesa di decreti attuativi che integrino e completino i difficili temi portati in superficie da infaticabili speranze e precise esigenze di donne e uomini in attesa di concretezza nell'umanizzazione delle cure, e nella riduzione dell'asimmetria informativa-partecipativa rispetto al proprio iter diagnostico, terapeutico, assistenziale, in nessun caso può essere definita come procla-

ma sul "fine vita", poiché ostracizza interventi riferibili ad indiscussi reati e contrari alla vita stessa, bensì come una legge che ingloba il dovuto rispetto del principio di autodeterminazione, esprimendo un tangibile coinvolgimento del singolo individuo nel processo decisionale relativo alla propria salute, che più significativamente lo ingaggia come ineguagliabile protagonista.

Bibliografia

- Binello D., Fine Vita, il valore della persona, L'Infermiere, 1 (2010)
- Carta Costituzionale Repubblica Italiana.
- Carta dei Diritti Fondamentali dell'Unione Europea
- COMITATO NAZIONALE per la BIOETICA, Obiezione di coscienza e bioetica, 30 Luglio 2012, www.governo.it/bioetica.url: <http://www.governo.it/bioetica/pa-reri_abstract/obiezione_di_coscienza_bioetica30072012.pdf>
- Maffei L., Etica e professione infermieristica: un percorso metodologico per l'analisi dei dilemmi etici, Tempo di Nursing, 60 (2011)
- Silvestro A. et al., Com-

mentario al Codice Deontologico dell'Infermiere, McGraw Hill, Milano (2009)

- Spagnolo A.G., L'etica quale guida della professione infermieristica. Atti della Giornata di studio "Gli Infermieri e il Codice Deontologico a due anni dalla sua emanazione", Ipasvi Cuneo, 12 Dicembre 2011
- Spinsanti S., Bioetica e nursing. Pensare, riflettere, agire, McGraw Hill, Milano (2001)
- Legge 22 Dicembre 2017 n. 219 "Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento"
- Diritto Penale Contemporaneo 3/2017 Consenso informato e disposizioni anticipate di trattamento: dai principi alla legge

Sitografia

- Associazione Luca Coscioni (www.associazionelucacoscioni.it)
- www.nurse24.it (Biotestamento, la legge punto per punto)
- www.nurse24.it (Biotestamento, DAT: istruzioni per l'uso)
- www.ipasvi.it (FNOPI)
- www.governo.it/bioetica.url



Da Collegio a Ordine

Riconoscere un riconoscimento



Un importante traguardo è stato raggiunto quest'anno dai 447mila infermieri che esercitano in Italia la propria Professione: il 22 dicembre 2017 il Decreto Lorenzin è divenuto legge ed ha così sancito la nascita della Fnopi, Federazio-

ne Nazionale degli Ordini delle Professioni Infermieristiche, e degli OPI di conseguenza. Così, dall'11 gennaio al 15 febbraio dell'anno corrente, i collegi delle professioni sanitarie e le rispettive federazioni hanno sostenuto la corsa

per concretizzare un risultato che finalmente ci vede conquistare maggior dignità, riconoscendo la nostra come una professione intellettuale al pari di tutte le altre.

Gli assistenti sanitari transiteranno ora ad altro

ordine, mentre la FNOPI comprenderà gli infermieri e gli infermieri pediatrici, in due albi separati, e saranno così aboliti i titoli di infermiere professionale e vigilatrice d'infanzia. Vedremo strada facendo che gli iscritti non dovranno preoccuparsi di rispondere ad onerosi obblighi formali e burocratici per adeguare la propria posizione, né saranno caricati di quote d'iscrizione maggiorate. Piuttosto, l'augurio che porta con sé quest'attesa notizia è che ciascun professionista si senta ora investito di tutte le responsabilità morali, etiche e didattiche che questo cambiamento implica: una legge fornisce un'autorizzazione formale, esplicita un cambiamento, ma non lo rende automaticamente reale. Sono il lavoro quotidiano di ciascuno, il proprio atteggiamento, le proprie conoscenze e competenze e la propria dignità a riempire la stessa legge del suo significato. L'infermiere è il primo, diretto ed unico responsabile del percorso di cura, in ogni forma ed ambito della salute delle persone: questa legge gli riconosce l'autorità dovuta, ma a nulla serve se quotidianamente riduciamo il nostro lavoro a check-list da compilare ed archiviare. Gli infermieri entreranno a tutti gli effetti nell'Istituto Superiore di Sanità (ISS),

e questo è uno dei motivi per cui sarà premura della FNOPI e di tutti gli OPI implementare i percorsi di accreditamento periodico continuativo, e promuovere la crescita della figura professionale dell'infermiere nei poli universitari e di ricerca.

Da quest'anno, la FNOPI svolgerà per lo Stato una funzione non più ausiliaria, ma sussidiaria, avrà cioè compiti di tipo amministrativo. Controllo e vigilanza sugli iscritti nei comportamenti deontologici della professione, sia essi lavoratori come dipendenti di strutture pubbliche o private, sia essi svolgano l'attività di infermieri come professionisti indipendenti, ed erogazione diretta delle sanzioni disciplinari. Assisteremo ad un incremento delle pene per abuso di professione, che andranno dai 3 anni di reclusione con multe dai 10 ai 50mila euro, fino ai 5 anni di carcere con multe di 75mila euro per i casi di professionisti prestanome, oltre all'interdizione dall'attività dagli 1 ai 3 anni. Inoltre, per garantire maggior limpidezza, obiettività ed imparzialità verso un fatto



ipoteticamente contestato, la fase istruttoria dei procedimenti disciplinari sarà seguita da COMMISSIONI differenti rispetto a quello territorialmente competente verso il fatto in questione. Concentrarsi su quest'aspetto è fondamentale perché non significa solo tutelare il lavoro di tutti i professionisti che esercitano, ma anche proteggere i cittadini, con cui gli infermieri hanno da tempo stretto un patto di fiducia, e la cui sicurezza e consenso sono, in tutte le loro accezioni, il primo obiettivo e l'essenza di un buon operato quotidiano. Gli OPI subiranno dei cambiamenti formali piuttosto rilevanti: il mandato durerà un anno in più dell'attuale, per un totale di 4 anni, ma il ricambio dei rappresentanti in carica sarà maggiormente garantito, dal momento che le cariche potranno ricoprire lo stesso ruolo non più di due volte: lo stesso Presidente, quindi, potrà rimanere in carica per massimo 8 anni consecutivi. Parliamo di termini massimi, poiché la legge in questione rende i minimi più suscettibili di sussistenza: le cariche,

infatti, potranno d'ora in poi essere sfiduciate; sarà sufficiente che due terzi dei consiglieri avanzi una mozione di sfiducia verso il Presidente, per far decadere la legalità dell'ordine (fino ad ora, invece, per far perdere all'ordine l'autorità d'esercizio, avrebbero dovuto dare le dimissioni le metà più uno dei consiglieri, a meno che gli stessi non fossero riusciti a convincere il Presidente a deporre le stesse sua sponte). Per quanto riguarda le modalità d'elezione dell'organo direttivo, la normativa verte sull'aumento del numero delle sedi di seggio e delle giornate di voto, per cercare di andare incontro alle esigenze degli elettori e ottenere un incremento del numero dei votanti, che risulta essere sempre troppo basso. Il voto online è ancora oggetto di discussione, per l'alto rischio di incappare in brogli indistricabili. Così come sono ancora da definire con esattezza la compatibilità della carica di Consigliere con attività di rappresentanza sindacale. Potremmo descrivere la nostra Professione come una fonte inesauribile d'energia, per quanto dà e ricarica gli Infermieri che le sono dediti e che la praticano ogni giorno. E' responsabilità di ciascuno di noi sfruttare al meglio quest'OPPORTUNITÀ.

Papa Francesco incontra gli infermieri



Il giorno 3 marzo alle ore 12.00 presso l'aula Paolo VI, in Vaticano, Papa Francesco ha incontrato una delegazione di 6500 infermieri provenienti da tutta Italia. L'evento organizzato dalla federazione nazionale FNOPI ha permesso la partecipazione di gruppi provenienti da ogni Ordine Provinciale. Insieme al Presidente dell'Opi di Como, Dario Cremonesi, hanno partecipato parte del consiglio direttivo, dei revisori di conti e Infermieri provenienti dalle diverse realtà

lavorative comasche per un totale di

Un caloroso benvenuto ha accolto l'entrata del Papa a cui la Presidente FNOPI Barbara Mangiacavalli porge i saluti da parte di tutta la Federazione.

La Presidente presenta la figura dell'infermiere partendo da colei che ha aperto l'era moderna della nostra professione, Florence Nightingale, che descriveva l'assistenza infermieristica come un'arte, per cui l'essere infermiere è un processo non solo tecnico ma che

coinvolge anima, mente ed immaginazione. La Presidente ricorda l'importanza degli elementi intellettuali e spirituali della nostra arte come supporto fondamentale alle conoscenze scientifiche, che oggi conducono ai massimi livelli accademici e che portano al miglioramento delle competenze infermieristiche. Il discorso si conclude con l'invito al Santo Padre al Congresso Nazionale della Federazione degli Ordini degli Infermieri con apertura il 5 marzo 2018, e con la ri-

Il Santo Padre con la Presidente Nazionale, infermiera iscritta all'OPI di Como



chiesta della Sua preghiera per assolvere il mandato di bene e servizio con tenerezza e gioia. L'auditorium con un applauso sincero ha dimostrato di riconoscersi nei concetti espressi dalla Presidente Mangiacavalli, e rimanendo sempre parte vitale dell'Udienza ha risposto all'unisono durante tutto il discorso del Papa con momenti di silenzio, di commozione, di sorrisi e di applausi scroscianti. Papa Francesco, inizia esprimendo stima e riconoscenza per il lavoro degli infermieri, saluta la Presidente e il neonato Ordine, che permetterà alla Federazione di valorizzare al meglio una professione con una lunga tradizione associativa e che ad oggi, con quasi 450mila iscritti, forma il più grande ordine italiano. Citando i quattro compiti fondamentali descritti nel codice deontologico: "promuovere la salute, prevenire la malattia, ristabilire la salute e alleviare la sofferenza" Il Papa identifica il ruolo in-

sostituibile dell'infermiere come colui che si prende cura, in maniera diretta e quotidiana del paziente, e che diventa crocevia delle varie relazioni tra paziente, familiari, medici, rendendo prezioso il compito svolto. Definisce l'infermiere "esperto in umanità", che in una società distratta e che troppo spesso lascia ai margini i più deboli, rende valore al singolo facendosi promotore della vita e della dignità di tutte le persone. Ricorda come la "medicina delle carezze" sia un accompagnamento essenziale alla cura e alla guarigione, facendo sentire l'ammalato rispettato e accudito. Parla della tenerezza come chiave fondamentale per capire l'ammalato. Stupisce l'intero auditorium quando invita gli infermieri e non spendersi completamente fino a consumarsi, vivendo in prima persona quello che accade ai pazienti. Ricorda che un eccessivo coinvolgimento, unito alla durezza delle mansioni e dei turni

fa della professione infermieristica un lavoro usurante, che potrebbe togliere la serenità e la freschezza necessari alle mansioni quotidiane. Altro elemento, indicato dal santo Padre, è la carenza di personale che una saggia amministrazione non può intendere come fonte di risparmio. Esorta gli ammalati a non dare per scontato quello che ricevono e di offrire un sorriso oltre a riceverlo. Creando un momento di allegria all'interno dell'aula racconta di un'anziana Signora che si mette elegante quando si reca in ospedale come

segno di gratitudine verso infermieri e medici. Omaggia Suor Cornelia Caraglio, un'infermiera che ebbe un ruolo fondamentale nella vita dal Santo Padre. All'età di 20 anni si trovava ricoverato in fin di vita, in Argentina, Suor Cornelia con caparbietà discusse sulle cure effettuate salvandogli la vita. Esempio, di come essendo a stretto contatto con il malato gli infermieri possono salvare tante vite. Conclude il discorso auspicando una fruttuosa occasione di riflessione, confronto e condivisione per il Congresso Nazionale.



Iscritti 3664, votanti 219

Riflessione sulle elezioni

TOTALE AVENTI DIRITTO Iscritti 3664, votanti 219.

ELETTI AL CONSIGLIO DIRETTIVO

CREMONESI DARIO	111
TROMBETTA MONICA	103
FRANZIN MASSIMO	100
TANGREDI SANDRO	95
BUSNELLI MARINA	92
POZZI PAOLA MARIELLA	92
DE MARCO ROSALIA	87
KISZKA ALESSANDRA	86
VIGANO' FEDERICA	85
ALUNNI MANUELA	84
SONCIN MANUELA	84
CHINDAMO GIUSEPPE	81
CAVADINI ELENA	79
CATTANEO EMILIA	70
MASCHERONI MANUELA	68

CANDIDATI NON ELETTI:

RONCHETTI ORESTE	65
GIUSSANI PAOLA	64
IMBRO' SARA	62
VIGANO' EMANUELE	58
MARINO CIRO	52
BERTONCELLI ROSSELLA	49
ROVERELLI NICOLETTA	49
SEVESO MARIA ELISABETTA	49
CUSMA' PICCIONE RICCARDO	48
GALLOTTI MARIA GRAZIA	47
REDAELLI RITA	47
SANGIORGIO SIMONA	43
SANVITO CHIARA MARIA	43
SERGEANT ROSABIANCA	41
ARRIGHI MARCO (6137)	39
POZZI PAOLA	12
MYFTARAJ ENKELA	8
GUGIANA NICOLA	4

REVISORI DEI CONTI:

MARZORATI MICHELA	116
CANEVALI BARBARA	110
CIUCCIO ANNAMARIA	88



È una delle maggiori conquiste delle democrazie libere e moderne. Il voto è protetto dalla nostra Costituzione, è un diritto inviolabile e al tempo stesso un dovere civico. Ma il numero di quanti non si recano alle urne è in crescita in qualsiasi contesto. Perché le persone non vanno a votare? Il fenomeno è davvero preoccupante?

Recentemente si sono tenute le elezioni del Consiglio Direttivo e del Collegio dei Revisori dei Conti del Collegio IPASVI della Provincia di Como per il triennio 2018/2020 che hanno visto la partecipazione di soli 219 iscritti: dato sconcertante se si considera che gli infermieri sono ben 3664!

Nei giorni a seguire, è stata condotta una piccola indagine investigativa che ha tentato di raccogliere il parere di alcuni infermieri iscritti al Collegio di Como

in merito al fenomeno di astensionismo osservato.

Sono stati intervistati alcuni colleghi selezionati in modo randomizzato all'interno della provincia. Tra le cause principali dello scarso numero di partecipanti alle ultime elezioni vi è la posizione della sede del Collegio (unico sito in cui era possibile votare) considerata da molti "poco pratica" da raggiungere (scarsa disponibilità di parcheggio, traffico presente nel centro città...). A tal proposito alcuni intervistati hanno proposto come possibile soluzione quella di informatizzare le prossime elezioni per dare la possibilità agli elettori di votare online. Altri infermieri intervistati hanno invece dichiarato di sentirsi poco rappresentati dal proprio Collegio esprimendo il proprio disappunto in merito alle scarse iniziative promosse dallo stesso negli

anni passati: motivo che ha portato molti professionisti a disinteressarsi degli aspetti riguardanti le attività collegiali. Infine alcuni infermieri hanno affermato di non essere stati a conoscenza delle elezioni o di aver percepito scarsa pubblicizzazione dell'evento. Se si analizza il percorso di professionalizzazione e ci si pone in un'ottica storica evolutiva, ci si accorge di come gli ordini hanno sempre rappresentato un fattore strutturale della società occidentale. A parere di Durkheim l'associazione professionale è "un'istituzione tanto persistente che non dovrebbe dipendere da una particolarità contingente e accidentale (...) (esse) rispondono a delle necessità permanenti" (Durkheim, 1985).

Nel breve scritto che seguirà tenteremo umilmente di indagare le motivazioni del fenomeno: siamo Infermieri e la nostra competenza considera l'esplorazione delle motivazioni del comportamento in relazione all'ambiente interno ed esterno. Osservandolo in modo globale, l'astensionismo non è una caratteristica naturale e storica dell'elettorato italiano, ma è un segno dei tempi in cui ci troviamo (Paliotta, 1999). Fino agli anni settanta gli Italiani si recavano alle urne massicciamente e le percentuali dei votanti superavano il novanta per cento.

È certamente vero che fino al 1993 la Legge prevedeva che l'elenco degli astenuti fosse pubblicamente esposto nell'Albo Comunale e la dicitura «non ha votato» fosse indicata sul Certificato di Buona Condotta, ma possiamo anche supporre non lontana dal vero l'ipotesi che i nostri nonni, i quali avevano vissuto quel ventennio che condusse alla guerra, considerassero il diritto ad esprimere la propria opinione tramite il voto molto più importante di quanto non lo consideri l'attuale corpo elettorale.

I politologi spiegarono come l'odierna tendenza italiana all'astensionismo abbia due dimensioni: quella degli elettori disinteressati e poco informati e quella di coloro che si sentono traditi dalla "politica" e vedono nell'astensione una forma di protesta.

Ripiombando dal generale al particolare, a che categoria appartengono i nostri «infermieri-astenuti»?

Probabilmente, in proporzioni diverse, a entrambe le categorie. E sbagliano. Sbagliano se si disinteressano tout-court delle elezioni per il rinnovo del

Consiglio del Collegio e non dedicano un po' del proprio tempo all'attività di cercare in rete i programmi delle liste e dei candidati, sfruttando le possibilità che Internet oggi permette. In primo luogo perché le questioni all'ordine del giorno per la categoria sono troppo impellenti per essere ignorate. In secondo luogo perché ciascun Infermiere sa che nessuna persona è un'isola deserta e



sa quanto sia importante avere consapevolezza dei problemi del proprio tempo e della propria condizione e confrontarsi criticamente con essi. Tuttavia, sbagliano anche se invece confondono l'astensione con la protesta verso lo status quo, verso il modo in cui sin qui sono stati gestiti gli interessi e le problematiche della categoria.

Di fatto, astenersi dal voto, non è protestare ma al contrario, è un modo di rendere influente la propria idea, autoannullando la possibilità di esprimere la propria opinione, delegando in toto ad altri la rappresentanza dei propri interessi professionali.

L'atteggiamento mentale,

con effetti nel comportamento, che sta nel convincimento che "tanto sono tutti uguali, tanto non cambia niente" sinceramente non sembra degno di un professionista. Infermiere che "sa" come la vera libertà della persona sta nel farsi carico della propria autodeterminazione, nell'impegno di modificare, compatibilmente con i propri mezzi, quello che non funziona nel proprio contesto di vita.

Noi Infermieri, ognuno in prima persona, abbiamo, tra gli altri, lo strumento del voto per affermare la nostra professionalità ed inoltre, si tenga presente che "non ci sono Istituzioni, che in un momento dato non degenerino, perché non state in grado di cambiare e sono rimaste immobilizzate o perché sviluppano solo in senso unilaterale alcune delle proprie proprietà, quindi in maniera poco adeguata per fornire gli stessi servizi a cui esse sono tenute. Queste possono essere delle ragioni per riformarle, ma non per dichiararle inutili per sempre e distruggerle" (Durkheim, 1985).

BIBLIOGRAFIA

Durkheim E. (1985). *La división del trabajo social*. Barcellona: Editorial Planeta.

Paliotta A.P. (1999). *Gli ordini professionali in Italia. Cenni storici e cambiamenti attuali*, "Osservatorio isfol". 20(1): 22-39.

ISCRIZIONI

ENTRANO A FAR PARTE DEL NOSTRO ALBO PROFESSIONALE

INFERMIERI



AIELLA	MATTIA
ALBERIO	KATIA
ALBOREGGIA	CHIARA
ARRIGONI	VALENTINA
ASLLANI	ALKENA
BALZARETTI	ARIANNA
BARBATO	MICHELA
BATTOCCHIO	ELISA
BIAGINI	GIULIA
BIANCHI	CAROLA
CAPPELLETTI	BENEDETTA
CAPPI	ALICE
CARNINI	LUDOVICA
CATTANEO	VERONICA
CIRONE	LORENA
CIVATI	MARTINA
COLOMBO	DOMIZIANA
COLOMBO	RICCARDO
CORRADI	ELISA
COZMA	GHEORGHE COZMIN
CRISTINA	MICHELE
D'ANGELO	ALESSANDRO
DANCIU	ALEXANDRA GABRIELA
DE VECCHI	RAFFAELLA
FACCINI	GLORIA
FADDA ZUCCATO	CAROL
FANTONI	CRISTINA
FAZIO	ILARIA
GATTI	MATTEO
GRISONI	SAMUELA
INVERINZZI	LORELLA
ISELLA	MICHELA
KOKABEY	DILAN
LISSI	ELISA
MANDAGLIO	FRANCESCA
MASALA MANGONZA	NHOREMIE
MAZZONI	GIULIA
MOLTENI	CAROL
MOLTENI	SIMONE
NUZZOLO	VERONICA
PAPALINI	CHIARA
PERRI	FEDERICA
PEZZOLO	IMO
PILEGGI	ARIANNA
PRETE	MARTA
RAFFA	IRENE
RENNA	GIULIO

RIVA
RONCORONI
ROSSI
RUEDA CANDELAS
SCUDERI
TERZAGHI
TURATI
ZARBO

VERONICA
CHIARA
CAMILLA
LIBERTAD TAMARA
IRENE
CRISTIANA
MARTINA VIRGINIA
ARIANNA

REISCRIZIONI ALBO

LACHHEB
UMBLATOR

SAMIA
PETRONELA

ARRIVANO DA ALTRI ORDINI

AVITABILE
BARGOZZI
BOGDANI
CANDIDO
FRUSTERI
INGRASCI'
LAZZARIN
MANGIACAVALLI
MILETTA
MORINI
PASINI
REDDAVID
RIGAMONTI
STOICHECI
VITALE

MARIA
ROBERTA
PETRIKA
CINZIA
NATAN
CELESTINA
RENÈ
BARBARA
MARCO
LAURA
GIOVANNI
GEMMA
ENRICA
NICOLETA
ORAZIO

CANCELLAZIONI

HANNO CESSATO LA LORO ATTIVITA' - INFERMIERI

APOLLONIO
ARNABOLDI
BARBÈ
BASILE
BIANCHINI
BIONDELLI
BORDOLI
CAPPELLI
CARNELLI
COLOMBINI
COLOMBINI
CONTINI
DE STEFANI
DELLA TORRE
ELZI
FALDARINI
FRANGI
GALIMBERTI

COSIMA
ANTONIA
MARIANGELA
ANGELO
RINA SUOR EMANUELA
MARIA ROSA
MARIA SUOR VALERIA
AMBROGINA SUOR MARIANGELA
ELIA
MIRIAM
MONICA
DANIELA
SARAH
CLAUDIA
ELENA
PIERA
ALIDA SUOR STEFANIA
SUO TERESA ENRICA

GATTI
GAZZOLA
GHIELMETTI
GIARDELLI
GOBBI
GUMIERO
ISOUB DEJU
LUPERTO
MARANGONI
MASCHERONI
MASCOLO
NAPETTI
PANELLA
PONTE
POZZI
RIDICHE
SPERONI
STANCA
STRATI
STURIALE
TAKAC
VASILE
VIGANO'
ZAFFARONI

CLAUDIO
LUISA
RAFFAELLA
CHIARA
CHIARA
MAURIZIA
GEORGIANA
ANNA
AURELIA SUOR ESTER
ANTONELLA
MARIA GIOVANNA
DIEGO
GINA
CARLA
ANNA MARIA
GEORGETA
FILIPPO
ELENA MADALINA
PAOLA
FULVIO
KATA
GIUSEPPE
FABIO
GIUSEPPINA

HANNO CESSATO LA LORO ATTIVITÀ - INFERMIERI PEDIATRICI

MARELLI
OGGIONI

LAURA GIUDTTA
LILIANA

SI SONO TRASFERITI - INFERMIERI

BONTEMPI
BOUAZIZI
COMI
DERBAL
DINU
DUMITRASCU
FURINI
IBTISAM
LUCCA
MACCAGNI
MARGA
MONTANARI
QOSE
SAIDI
THOMAS
VALENTINUZZI
VELUTHEDATHUPARAMBIL

MARINA
MOUNIR
ELEONORA
ADEL
CRISTINA MARIA
LUCRETIA
AMANDA
BADRI
DANIELA
RICHARD
VASILE
MONIA
ORGEST
SIHEM
MINI MOL
STEFANIA
JOHN JOY

CANCELLAZIONI PER MOROSITÀ

BEDETTI	SONIA
BONINO	ELENA
CERMINARA	CATERINA
CHASSAGNE	ROSSANA
CICERI	ERIKA
COLOMBO	STEFANO
COPPOLA	ELENA
COPPOLINO	ADRIANO
CORTI	ALESSANDRO
CRIVELLI	GIUSEPPINA CAPELLARI
HERCEG	PETROVIC RADOIKA
LOCATELLI	MAICOL
PANZERI	LUCA
RICCIO	RAFFAELLA
SABINO	SANTA MARIA GUZMAN
SCANAGATTA	MONICA
TAGLIABOSCHI	SONIA
VALENTE	MARTA
VAN DER MINNEN	ANGELIQUE ANNA

CANCELLAZIONI PER MOROSITÀ-IRREPERIBILITÀ

ANCUTA	FLOAREA
ARZU	DANIELA
BAJONERO ESCANDON	EDGAR ELI
COLOMBO	EMANUELA
GEORGE	ANN MERIN
PINO ORTEGA	ANA LOURDES
SCHINCARIOL	DEBORA
SOROIU	GINA GABRIELA

DECEDUTI - INFERMIERI

CICCARDI	GIOVANNA
MAZZOTTA	BARBARA
ORLANDI	UGO
PURICE	IONELA

Multe e raccomandate dell' Agenzia delle Entrate vengono recapitate via PEC

Ricordando che il singolo professionista iscritto ad un ordine professionale è obbligato per legge a possedere un indirizzo di posta elettronica certificata, dobbiamo anche mettere in guardia rispetto ad un'altra incombenza che da questa cosa ne deriva. Comunicazioni aventi valore di raccomandata a/r dell'Agenzia delle Entrate e le contravvenzioni provenienti dagli organi di polizia sono obbligatoriamente inviate tramite PEC a chi ne è in possesso. Qualsiasi Ente in questione debba recapitare un accertamento di violazione, inserisce nei terminali il codice fiscale del destinatario e da subito compare l'indirizzo PEC del singolo possessore. Essere quindi in possesso di un indirizzo PEC senza visionare costantemente la posta ivi contenuta è diventato davvero rischioso.

Nella Gazzetta Ufficiale del 16 gennaio 2018 n. 12 è pubblicato il decreto del Ministero dell'Interno del 18 dicembre 2017 che disciplina le procedure di notificazione a mezzo PEC dei verbali di accertamento delle violazioni del codice della strada.

Verbali notificati a mezzo PEC. Con l'entrata in vigore dell'atteso decreto ministeriale la notifica dei verbali stradali deve essere effettuata prioritariamente con la posta elettronica certificata, senza spese particolari. E i verbali si considerano notificati nel momento in cui viene generata la ricevuta di avvenuta consegna completa del messaggio PEC.

A distanza di qualche anno dall'entrata in vigore del d.l. n. 69/2013 viene finalmente data attuazione alla specifica indicazione per cui «entro quattro mesi dalla data di entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto, le procedure per la notificazione dei verbali di accertamento delle violazioni del codice della strada, di cui al d.l. del 30 aprile 1992, n. 295, tramite posta elettronica certificata nei confronti dei soggetti abilitati all'utilizzo della posta medesima, escludendo l'addebito delle spese di notificazione a carico di questi ultimi».

Le procedure di notifica. In buona sostanza arriva la notifica elettronica della violazione per tutti i soggetti obbligati per legge a



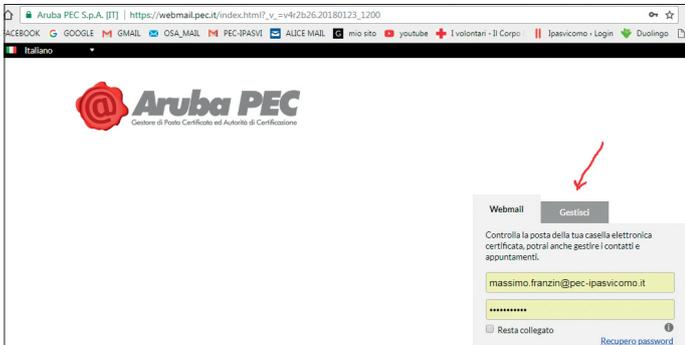
dotarsi di una PEC e per i privati interessati a questa opportunità. Nel frattempo però, anche il codice dell'amministrazione digitale è stato aggiornato con l'introduzione del domicilio digitale quindi il panorama normativo è ancora più completo.

Il decreto appena pubblicato stabilisce il contenuto minimo del messaggio da inoltrare via PEC e dei relativi allegati. Inoltre disciplina le procedure corrette di notifica, anche nel caso marginale in cui non sia possibile procedere in modalità digitale. La notifica dei verbali di violazione delle regole stradali a mezzo PEC può essere effettuata nei confronti di tutti i soggetti che dispongono di un domicilio digitale o forniscano un indirizzo di PEC anche al momento del

controllo stradale. In ogni caso il Comando prima di procedere con la notifica tradizionale dovrà ricercare negli elenchi pubblici per comunicazioni elettroniche l'indirizzo digitale dell'interessato, specifica il Viminale.

Il verbale spedito in modalità digitale dovrà contenere nell'oggetto la dizione chiara di «atto amministrativo relativo ad una sanzione amministrativa prevista dal codice della strada» e dovrà contenere, in allegato, sia la relazione di notifica dettagliata, che una copia del verbale sottoscritta con firma digitale.

Invio e ricezione della notifica. La notifica digitale si considera effettuata, per il comando di polizia, dal momento in cui verrà generata la ricevuta di accettazione. Per il destinatario «dal mo-



mento in cui viene generata la ricevuta di avvenuta consegna completa del messaggio via PEC». Se la notifica via PEC del verbale stradale risulterà impossibile per causa imputabile al destinatario (per esempio

per PEC scaduta) il comando procederà alla notifica tradizionale della sanzione con addebito dei costi a carico del trasgressore. Infine la stessa procedura ordinaria postale potrà essere utilizzata dagli

organi di polizia stradale qualora la notifica digitale non risulterà possibile per qualsiasi altra causa (per esempio utente privato sprovvisto di domicilio digitale e posta elettronica certificata).

Per seguire in modo costante la tua casella di PEC è possibile scaricare sul proprio smartphone l'APP PEC Aruba e inserire le credenziali di posta elettronica in dotazione e

comunque entrare nelle impostazioni di posta elettronica dal sito di Aruba e inserire l'inoltro delle PEC in arrivo alla tua casella di posta elettronica tradizionale. Dal sito Aruba si accede con le proprie credenziali, alla casella di PEC, nella finestra GESTIONE CASELLA clicca su ACCEDI AL PANNELLO > e-mail di riferimento (inserisci indirizzo mail che vedi quotidianamente).

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

Chi deve utilizzarla?

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

È ancora possibile ottenerlo presentandosi in Ordine con un valido documento d'identità, oppure scaricare il modulo su www.opicomo.it ed inviarlo via mail allegando un valido documento di identità.

La posta Elettronica Certificata (detta anche P.E.C.) è un sistema di comunicazione che consente di inviare messaggi di posta elettronica con lo stesso valore legale della Raccomandata cartacea con avviso di ricevimento, fornendo al mittente una documentazione elettronica attestante l'invio e la consegna di documenti informatici. La trasmissione si definisce certificata solo se sia il mittente che il destinatario dispongono di una casella di posta elettronica certificata.

Quali vantaggi ha rispetto ad una semplice e-mail?

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

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





L'Ecografia a bordo del MSA di 1 livello: utopia o futuro?

L'ecografia infermieristica può essere un valido strumento operativo nella gestione quotidiana dell'emergenza urgenza?



L'ultrasonografia è una metodica ormai molto diffusa e con tantissimi campi di applicazione. L'evoluzione e l'esigenza dei sistemi sanitari hanno ampliato il suo utilizzo anche a professionisti sanitari non medici come infermieri, ostetriche e tecnici sanitari di radiologia medica.

L'obiettivo concerne nel capire se questo strumento può essere utilizzato sui mezzi dei sistemi di emergenza urgenza territoriale da parte dell'infermiere come l'MSA di 1° livello.

La ricerca bibliografica effettuata nelle banche dati scientifiche ha evidenziato la mole di lavoro in questo campo e alcuni di questi riguardano l'ecografia come strumento utilizzato nei sistemi di emergenza-urgenza territoriale e nei dipartimenti di emergenza. Questo mio lavoro mette in

evidenza la figura dell'infermiere nell'utilizzo, già da tempo, di questo strumento nei dipartimenti di emergenza e, in particolar modo, la sua diffusione tra i paramedici delle realtà anglosassoni.

Diversi i campi di applicazione, dall'ecocardiografia, all'ecografia toracica passando per quella addominale e la FAST nel trauma. In tutti gli studi presi in esame, si sottolinea quanto la formazione degli operatori sia estremamente ridotta e quanto siano accurate le immagini prodotte da infermieri e paramedici. La revisione dei risultati da parte di medici dell'emergenza e di radiologi mette in evidenza l'elevata sensibilità e specificità delle immagini prodotte dai professionisti sanitari non medici. Enormi sono i benefici nel trattamento e approccio ai

pazienti soprattutto in territori con lunghi tempi di percorrenza. Inoltre, in letteratura, si sottolinea come l'approccio ecografico non ritardi in nessun modo il trattamento ed i tempi di trasporto.

Ho voluto prendere in esame anche dei lavori svolti nei pronto soccorso e dipartimenti di emergenza perché quasi tutti prendono in esame la figura infermieristica; alcune testimonianze riguardano il ruolo in triage per la decisione del codice colore. In tutte le ricerche si fa riferimento al tempo impiegato per la formazione degli operatori coinvolti confrontati all'accuratezza dei risultati ottenuti.

L'evoluzione delle competenze e la continua riduzione delle risorse economiche porterà anche l'infermiere ad utilizzare l'ecografo sul territorio come avviene già in altri paesi con enormi benefici per i pazienti, come evidenziato nei lavori presenti in letteratura.

La ricerca ha portato ad un buon numero di articoli scientifici e pubblicazioni soprattutto in ambito anglo-sassone. Gli unici limiti inseriti riguardavano l'anno di pubblicazione (dal 01/01/2008 in poi) e la lingua di stesura dell'articolo (inglese, francese e italiano). I risultati ottenuti evidenziano come l'ecografia infermieristica in generale sia molto diffusa in tut-

to il mondo (soprattutto nell'intraospedaliero). Pochi invece sono i lavori che affrontano l'utilizzo dell'eco sul territorio.

Le esperienze rinvenute in letteratura sono state diverse e variegata, ma tutte interessanti e suggestive di spunti da adottare nella realtà e pratica clinica di tutti i giorni. Prima di analizzare i vari lavori scientifici, è bene specificare la diversa organizzazione del sistema di emergenza territoriale e le varie figure.

Due esperienze europee molto interessanti provengono dalla Turchia e proprio dall'Italia. Particolare caso è quello turco (Ünlüer Erol E., et al., 2011) dove troviamo la figura del paramedico anche all'interno del Pronto Soccorso con gestione del triage e il lavoro di ricerca si concentra su 4 di questi con una lunga esperienza di area critica. È bene specificare che questo lavoro si concentra principalmente sul trauma in un pronto soccorso con 220.000 accessi l'anno.

Dopo aver seguito un addestramento di 4 ore teoriche e 4 ore pratiche con un radiologo per la ricerca di fluido libero in addome, hanno raccolto dati ed eseguito scansioni su 127 pazienti da gennaio a set-



una saturazione $O_2 < 92\%$. A tutti i pazienti è stato eseguito come esame di laboratorio il proBNP.

Nei paesi anglosassoni, l'infermiere non è presente su territorio,

ma è la figura principe nei dipartimenti di emergenza e Pronto Soccorso. Anche in questi paesi è molto sentito il problema della razionalizzazione dei costi in sanità e l'allungamento delle attese in pronto soccorso, ha spinto ad allargare l'utilizzo di questo strumento ad altre figure. Questo è l'esempio che ci riporta il lavoro svolto in California (Henderson Sean O. et al., 2010) dove gli infermieri hanno seguito un corso di 16 ore. L'ospedale di riferimento è un trauma center di 1° livello nel centro di Los Angeles con un accesso di 151.000 pazienti l'anno. Gli infermieri venivano supervisionati da medici per un anno e sono stati valutati nell'eseguire le ecografie per 2 mesi. In totale le scansioni sono state 229, di queste 2 erano di pessima qualità e quindi scartate, 32 invece sono state considerate inadeguate.

Un altro interessante studio è stato condotto in Australia, precisamente nel trauma center del principale ospedale di Sidney

tembre 2010 con un ISS score > 16 . Tutte le immagini eseguite dai paramedici, venivano poi revisionate da un radiologo e in seguito confrontate con la TAC. In 113 casi la FAST è stata negativa con solo due falsi negativi. Questo ci fa capire come la metodica FAST dei paramedici abbia un'accuratezza dell'84,62% con una specificità del 97,37%, quindi paragonabile a quella di un radiologo esperto.

L'esperienza italiana, invece, è svolta nel dipartimento di medicina e pronto soccorso dell'ospedale di Livorno (Mumoli N. et al., 2016). Questo lavoro si concentra sull'ecografia polmonare. Gli infermieri hanno seguito un corso di 32 ore totali (8 di teoria, 20 di pratica e 4 di revisione delle immagini) per identificare l'imbibizione interstiziale e fare una differenza tra una dispnea da scompenso cardiaco e non (fibrosi polmonare, ARDS). L'osservazione è stata condotta da aprile a luglio 2014 in quei pazienti con una soggettiva dispnea, una $FR > 24$ e

con un bacino d'utenza di 800.000 persone e circa 65.000 accessi in PS per anno. Parlando di un centro traumi, gli infermieri si sono occupati di eseguire la FAST in quei pazienti che presentavano dolore all'addome o segni di traumatismi, ipotensione o tachicardia e diminuito livello di coscienza. L'indagine ha coinvolto 8 infermieri esperti di traumatologia e area critica da settembre 2006 a febbraio 2009. È bene sottolineare come i performed selezionati, abbiano seguito un'intera giornata di corso (3 h di teoria e 3 h di pratica) accreditata dall'Australasian College of Emergency Medicine con esame finale. In questo periodo sono state eseguite 575 FAST, 23 sono state escluse perché le immagini non erano nitide. Alla fine dello studio, con una formazione e un affiancamento davvero ridotti, gli infermieri sono riusciti a raggiungere una sensibilità dell'85,2% e una specificità del 99,4%. Proprio la diversa organizzazione del soccorso extraospedaliero, non mi ha permesso di trovare testimonianze in letteratura sull'utilizzo dell'ecografo da parte dei mezzi prettamente infermieristici come può essere in Regione Lombardia l'MSA di 1° livello



lo (Autista-Soccorritore + Infermiere). Viste le tante esperienze, cercherò di riassumerle in base al distretto corporeo e/o patologia per cui l'ecografia viene utilizzata dai paramedici. Sono stati redatti veri e propri protocolli per problematiche di grande impatto sociale come avviene in North Carolina negli Stati Uniti. Partendo dalle linee guida American Heart Association, hanno redatto un protocollo operativo sulle manovre ACLS e grande enfasi viene data all'ecocardiografia durante le manovre. I paramedici eseguono la manovra durante i 10 secondi di pausa per individuare la presenza di polso tra i cicli e questo, permette loro, di avere importanti informazioni sul movimento della parete ventriolare (PEA o pseudoPEA), lo stato di riempimento volemico del paziente, la presenza di tamponamento cardiaco o altre anomalie (Johnson B. et al). Altra importante esperienza è quella descritto nel PUCA Study (Paramedic Ultrasound in Cardiac Arrest, Reed M.J., et al). All'interno del sistema di emergenza territoriale scozzese, c'è un team di paramedici con competenze avanzate sulla gestione dell'arresto car-

diaco chiamato 3RU (Resuscitation Rapid Response Unit).

Sono stati formati 11 paramedici con un corso composto da 2 ore di teoria e 4 ore di pratica e sessioni simulate. Una volta formati alla pratica ELS (Echo in Life Support), i paramedici hanno eseguito scansioni in tutti i casi, di arresto cardiaco subito dopo aver ottenuto un accesso venoso sicuro ed aver assicurato la protezione delle vie aeree. Le scansioni sono state eseguite nella finestra di 10 secondi di ricerca del polso e tutti i paramedici, per lo studio, sono stati dotati di una videocamera portatile per permettere la registrazione degli interventi e la successiva valutazione.

Dall'analisi si evince come i paramedici abbiamo catturato delle immagini soddisfacenti (nell'80% dei casi) in soli 10 secondi e che, queste, abbiano successivamente influenzato il loro comportamento come lo stop delle manovre di rianimazione. Anche questo studio dimostra come i paramedici siano in grado di ottenere delle buone immagini in poco tempo e dopo un piccolo periodo di addestramento.

Un importante studio, presente come riferimento bibliografico, in quasi tutti gli articoli estratti dalle banche dati, è quello di William Heegard dal nome Prehospital Ultrasound by Paramedics. Lo studio è stato

condotto in Minnesota e sono stati addestrati 40 paramedici volontari. Sono state eseguite un totale di 104 ecografie di cui solo 8 sono state scartate e giudicate non idonee. Durante lo studio (Gennaio 2008 - Gennaio 2009), i partecipanti hanno ricevuto due refresh durante l'anno di un'ora circa; la formazione totale è stata di 3 ore teoriche e 3 ore pratiche all'inizio con un rapporto docenti/istruttori di 4 a 1. Sono stati redatti due protocolli, rispettivamente:

- Prehospital FAST Protocol;
- Abdominal Aorta Ultrasound Protocol.

Il tempo medio di esecuzione delle scansioni è stato di 156 secondi. Nella revisione delle immagini da parte dei medici. C'è stato totale accordo sull'interpretazione delle immagini e tutti gli esami positivi sono stati confermati da una TAC o da reperti intraoperatori. In definitiva, i risultati della ricerca, suggeriscono che l'ecografia pre-ospedaliera è una metodica sicura ed affidabile anche se eseguita da personale non medico poiché migliora i tempi di diagnosi e trattamento di pazienti fortemente critici e può apportare ad un importante contributo nell'identificazione dell'ospedale di destinazione di questi pazienti (Heegard W. Et al, 2010).



1915-1918 MEDICINA, CLINICA ED ASSISTENZA INFERMIERISTICA IN GRIGIOVERDE

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

Sono note le vicende che fin dal medioevo (grazie alla presenza di alcuni ordini religiosi) e dalla seconda metà dell'800 (con l'esempio indiscusso di Florence Nightingale e con la creazione della Croce Rossa ad opera del lavoro di Henry Dunant), concorsero alla nascita e alla identificazione della figura dell'infermiere (allora quasi esclusivamente di sesso femminile) nel panorama della sanità dei paesi maggiormente industrializzati. Fu però la Prima Guerra Mondiale che definì nuovi contesti e spazi per lo sviluppo di questa importantissima figura della sanità. La Grande Guerra fu un conflitto che coinvolse più

nazioni nel mondo; fu una guerra che solo in Italia portò alla cancellazione di intere generazioni, con 651.000 morti; che nel resto del mondo causò circa 8-9 milioni di decessi sul campo di battaglia. Un conflitto che determinò 1 milione di decessi tra la popolazione civile italiana e 7-9 milioni nel resto del mondo. In cui si moriva più per le malattie e per le carestie, che per le conseguenze dirette delle ferite di guerra. Uno scontro che lasciò, nei primi mesi di battaglia, ben 623 italiani mutilati per ogni mese di conflitto e che portò, nel dopoguerra, al formarsi di schiere di mendicanti, "pazzi" (noti come "gli sce-

mi di guerra"), mutilati ed invalidi di ogni genere.

In questo contesto da "gigione dantesco" non poteva mancare il ruolo indiscusso della figura infermieristica che, seppur con le difficoltà di riconoscimento sociale che ancora oggi la attanagliano, diventò un elemento imprescindibile per la sanità dell'epoca.

Nei testi originali è lasciato molto più spazio alle tematiche genuinamente cliniche e mediche (perché soltanto i medici e i professori universitari, esclusivamente i "dottori", scrivevano sulle riviste scientifiche dell'epoca, creando gli orientamenti clinici e proponendo "linee guida").

Ma uno spazio importan-

tissimo fu aperto agli infermieri con la fondazione delle scuole della Croce Rossa Italiana e grazie al volume del Calliano, adottato nelle scuole della C.R.I. e nei centri formativi delle altre associazioni di promozione dell'assistenza (per esempio l'Ordine dei Cavalieri di Malta): le scuole e il testo base furono il substrato grazie al quale si ispirarono e formarono centinaia di infermiere¹.

Incominciò allora a nascere, durante la Grande Guerra, il concetto di assistenza (diremmo oggi infermieristica), ben distinto da quello di assistenzialismo, proprio delle tante opere di carità, promosse da altrettante associazioni femminili (per esempio la San Vincenzo), orientate al miglioramento delle condizioni di vita del soldato al fronte; opere che però non ricoprivano alcun ruolo di competenza sanitaria, ma che si impegnavano per l'invio di materiale di prima necessità, di coperte, di lettere etc.. Dunque, assistenza (infermieristica) da un lato, medicina e cura dall'altro e nello stesso tempo un assistenzialismo non sanitario che nulla aveva a che vedere con la disciplina infermieristica e che troppo spesso generò confusione e incompre-

sioni che tuttora a volte permangono.

La distinzione tra i vari concetti era dunque già pronta, seppur non ancora ben tematizzata. Sarà la pratica al fronte e negli ospedali delle retrovie a ulteriormente foggare (e forgiare) le infermiere dell'epoca e a delinearne le caratteristiche professionali. Infermiere di cui noi, esattamente cent'anni dopo, siamo gli onorati e diretti eredi.

IL TRIAGE ITALIANO NELLA GRANDE GUERRA

Il triage, in generale

Il termine **trriage** deriva da una parola francese: *trier*. Il termine, al di là delle molteplici sfumature, significa *selezionare, ordinare, smistare*². All'origine la parola designava l'abilità di scegliere tra i prodotti migliori nell'ambito dell'attività commerciale e soprattutto agricola.

Al giorno d'oggi il suo significato è contemplato per lo più nel contesto sanitario e identifica la capacità di selezionare, cioè mettere in fila, in ordine di gravità, i pazienti o i feriti.

Il **trriage** di norma si applica quando le risorse sanitarie a disposizione sono inferiori al numero di persone da curare e assistere. L'esempio più tipico si

esprime nei moderni Pronto Soccorso o, con le dovute differenze, si applica nell'ambito della Medicina delle Catastrofi e delle Maxi-Emergenze.

Il triage contemporaneo è uno strumento di selezione dei pazienti, sulla base del concetto di priorità di assistenza e cura, assegnando i codici di maggior priorità ai pazienti più bisognosi di attenzioni cliniche e con rischi evolutivi più elevati.

Esistono nel mondo molteplici modelli di triage (i più diffusi sono il canadese, l'inglese, l'australiano, e lo statunitense).

All'inizio degli anni '90 si verificò, anche in Italia, un sempre crescente ricorso dei cittadini alle strutture di emergenza sanitaria, anche per patologie minori, con il conseguente incremento del carico di lavoro per il personale sanitario e lunghe code di attesa nei Pronto Soccorso. Divenne allora necessario e indispensabile riprodurre ed applicare, anche alla realtà italiana, il modello nordamericano ormai validato dagli anni '60.

Le *Linee Guida sull'Emergenza* emanate dal Governo Italiano nel 1992 (D.P.R. 27/03/1992) già descrivevano la funzione del **Triage** come attività infermieristica, ne tratteggiavano le

caratteristiche di selezione per codici di priorità e ne definivano l'obbligo di attivazione nei Servizi di Pronto Soccorso. Pertanto, anche in Italia, così come diffuso e implementato dal 1996 dal Gruppo Formazione Triage³ e secondo le recenti indicazioni del Coordinamento Nazionale Triage⁴, si è deciso stratificare i pazienti secondo una distinzione abbastanza comune, che si basa sui quattro storici codici colore: il rosso (emergenza), il giallo (urgenza indifferibile), il verde (urgenza differibile) e il bianco (non urgente). Nei contesti locali sono poi sorte differenti esigenze che contemplano in alcuni casi anche l'aggiunta del codice arancio (pazienti fragili), azzurro (urgenze minori), rosa (percorsi privilegiati per le vittime di violenza di genere).

Ben differenti sono invece i modelli applicati agli eventi di massa (catastrofi naturali, eventi bellici, incidenti maggiori), dove il triage deve riuscire a garantire una elevata rapidità di applicazione e l'identificazione immediata dei pazienti gravi che hanno più chance di sopravvivenza; il triage deve garantire che l'impianto del soccorso funzioni efficientemente per salvare il maggior nu-

¹ Calliano C. (1907). *Soccorsi d'Urgenza*. Hoepli: Milano

² *Dizionario Francese Compatto* (2017). Zanichelli: Bologna.

³ Gruppo Formazione Triage (2010). *Triage Infermieristico*. McGraw-Hill: Milano

⁴ *Coordinamento Nazionale Triage* (2012). *Linee di indirizzo per il triage in Pronto Soccorso*. Monitor, XI (29): 44-53

mero di persone, dovendo a volte scegliere di dirigere le cure solo verso chi, soccorso prontamente, ha più probabilità di sopravvivere e non anche verso vittime che, per la gravità delle loro condizioni, non hanno speranza di sopravvivenza⁵. Anche in questi casi si impiegano i codici colore: rosso, giallo e verde, con l'aggiunta del codice nero, attribuito solo dal personale sanitario, se il paziente è evidentemente deceduto o è in condizioni di impossibile o difficile rianimazione.

L'approccio storico

Al di là delle differenti linee guida, modelli e protocolli locali, che non è il momento di approfondire, quando nacquero le prime applicazioni del **triage**? Il **triage sanitario**, che ci interessa discutere, nacque nel diciottesimo secolo, in concomitanza con lo sviluppo delle armi da fuoco e con l'implementazione della chirurgia di guerra sul campo. Una pratica di **triage** e assistenza diretta dei feriti risultava invece impossibile nel contesto delle grandi battaglie del medioevo: i limiti della chirurgia, ma soprattutto le gravi lesioni che potevano produrre spadoni, mazze chiodate e fruste ferrate, rendevano ingestibile un paziente ferito il quale, nella maggior

parte dei casi, andava incontro alla morte per dissanguamento direttamente sul campo di battaglia. Aveva quindi poco senso distinguere i soggetti più gravi da quelli meno gravi e perciò trovava uno scarso interesse ideare ed attuare un sistema di **triage**.

Le prime pratiche di **triage** furono implementate dall'esercito francese, ad opera del chirurgo della Guardia Imperiale di Napoleone **Barone Dominique-Jean Larrey**⁶ (1766-1842). Egli tematizzò l'esigenza di valutare e categorizzare i pazienti direttamente sul campo di battaglia, evacuando rapidamente i più gravi e trattandoli quanto prima (l'abitudine era invece quella di attendere la fine della battaglia, posticipando l'assistenza dei feriti anche di ore o giorni). **Larrey** fu anche il primo a introdurre le cosiddette "**ambulanze volanti**" (figura 1), carri leggeri in grado di evacuare rapidamente dal campo i feriti.

Durante la campagna di Russia del 1812 Larrey definì chiaramente alcune regole del **triage**: "*Coloro che sono feriti più gravemente debbono ricevere cure immediate, indipendentemente dal loro grado [militare n.d.a.]. Coloro che*

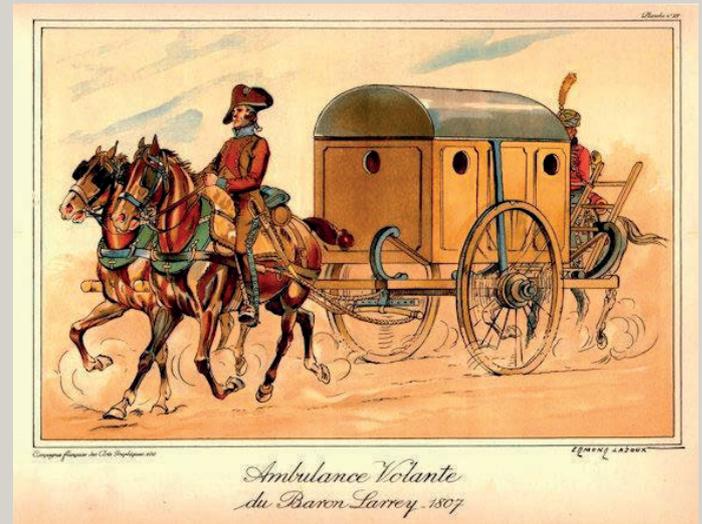


Figura 1 - L'ambulanza volante del Barone Larrey

sono feriti in maniera meno grave possono aspettare, rispetto a coloro che presentano mutilazioni e che debbono essere operati e medicati, in quanto non sopravvivrebbero per ore e raramente riuscirebbero a raggiungere vivi il giorno successivo".

John Wilson, della Marina Britannica, nel 1846, sosteneva un concetto simile, ma ne aggiungeva uno nuovo. Affermava che i chirurghi avrebbero dovuto trattare per primi i pazienti gravi (in linea con quanto affermato dal francese **Larrey**) e soprattutto quei pazienti per i quali i trattamenti attuati avrebbero avuto una ragionevole possibilità di riuscita (per la prima viene volta affermato chiaramente il concetto di efficacia delle

cure come uno dei criteri guida). Consigliava quindi di gestire solo in un secondo momento i meno gravi e quei pazienti così gravi per i quali ogni sforzo di trattamento sarebbe stato comunque vano.

Il medico statunitense **Walt Whitman**, durante la Guerra Civile Americana (1861-1865), fece chiaramente un passo indietro, limitandosi al semplicissimo precetto secondo il quale "*chi prima giungeva all'attenzione del medico, prima veniva curato e assistito*".

La credenza più diffusa oggi, che ritiene che nell'ottocento si praticasse prevalentemente un triage orientato alla selezione dei feriti meno gravi, in modo da poterli rapidamente curare e re-inviare in com-

⁵ Townshend C. (2000). *The Oxford History of Modern War*. Oxford University Press: Oxford

⁶ Bayle M.M. (1855). *Thillaye, Biographie Médicale par ordre chronologique d'après Daniel Leclerc, Eloy, etc., Tome second*, pp. 837-844. Adolphe Delahays Libraire: Parigi.



Figura 2 - Un ferito di guerra, nei pressi di un treno sanitario e la chiara scritta "triage". Si tratta di una degli scatti fotografici più famosi sul triage (Otis Historical Archives Nat'l Museum of Health & Medicine, foto di pubblico dominio)

battimento, tralasciando le cure dei pazienti più gravemente feriti, è dunque un fraintendimento storico. In realtà già nel secolo XIX^o veniva posta l'attenzione sulla curabilità dei feriti e sull'assistenza (principalmente chirurgica) delle vittime di guerra, a prescindere addirittura, come si è visto, dal grado militare posseduto dal ferito.

Con l'avvio della Prima Guerra Mondiale si ebbe una svolta notevole nella medicina castrense e, di conseguenza, anche nel concetto di **triage**. L'introduzione di nuovi armamenti (mitragliatrici, artiglieria, gas) causava nuove tipologie di ferite, determinava un ingente e

contemporaneo numero di feriti, creava quindi una discrepanza enorme tra feriti e soccorritori, in un lasso di tempo estremamente ridotto. Un bombardamento d'artiglieria con fuoco di sbarramento, volto cioè a "disturbare" il nemico impedendone l'organizzazione e l'avanzata, o preannunciando un attacco improvviso (fiaccando dunque le difese dell'avversario), poteva durare in questo breve segmento temporale centinaia di feriti. Si pensi che un ospedale già saturato da 300-400 pazienti poteva essere in pochi minuti affollato da più di 1000 feriti⁷. In questo senso incominciò

a delinearsi l'ipotesi, che poi divenne fatto, di tralasciare quei feriti più gravi che avrebbero richiesto molto tempo per essere assistiti, a favore di un numero maggiore di soldati, magari meno emergenti, ma sicuramente curabili e numericamente più consistenti. In sostanza si proponeva di curare molte persone, a discapito di pochi pazienti estremamente gravi. La regola dunque divenne: "Il meglio per il maggior numero di feriti" oppure, detto in altri termini, "accettare che alcuni muoiano per poter salvare più vite" (figura 2).

Secondo altri clinici dell'epoca un triage di questo tipo avrebbe inoltre favorito la pronta cura di soldati che, rimessi in piedi, avrebbero potuto rapidamente continuare la loro opera di combattente in prima linea. In realtà, questa seconda filosofia di pensiero, dai testi e dai documenti esaminati, non è mai chiaramente espressa, né delineata in maniera esplicita e mai viene supportata nell'ambito della medicina castrense italiana (ve ne sono invece alcuni accenni in quella francese).

Risulterebbe quindi ancora una volta decisamente errato affermare che il triage nella Prima Guerra Mondiale, almeno limitata-mente al contesto italiano, sarebbe stato guidato dal principio del curare subito

i feriti meno gravi, per poterli rimandare al più presto in prima linea (magari inseguiti dai Carabinieri, schioppo alla mano), a discapito dei più gravi e sofferenti. Tali credenze in effetti nascono più che altro da un contesto popolare e da singoli aneddoti, seppur numerosi, che però, lo si ricorda, non ricopiavano la filosofia generale del modo di "fare" **triage** italiano.

I medici e gli infermieri italiani (sarebbe forse più corretto parlare di medici ed infermiere) non curavano e non assistevano i feriti nell'ottica di un antiumano e disumano "meccanicismo clinico": non cercavano cioè di raggiungere la *restitutio ad integrum* allo scopo di ricreare freschi soldati, nuovamente pronti per il prossimo eccidio. Lo scopo non era questo, o almeno non soltanto questo e sicuramente non il principale motivo per cui questi giovani e disperati soldati venivano curati.

A proposito: nei testi italiani il termine **triage** non venne mai impiegato.

La selezione dei feriti

Nascono in questo periodo i primi codici colore e compaiono i cartellini identificativi, applicati al singolo ferito, che indicano la gravità, la priorità e i trattamenti già attuati sul ferito stesso (figura 3).

La stratificazione delle dif-

⁷ Cosmacini G. (2011). *Guerra e Medicina*. Laterza Editori: Bari



Figura 3 - La tabellina diagnostica da applicarsi a ogni ferito (foto dell'autore, per gentile concessione del Museo Storico Italiano della Guerra di Rovereto)

ferenti tipologie di pazienti serviva nella maggior parte dei casi a definire l'organizzazione logistica del sistema sanitario al fronte; in sostanza la scelta dei codici colore era funzionale all'identificazione del differente luogo di cura ove i pazienti sarebbero stati trasferiti.

Per evitare l'ammassamento di centinaia di soldati nei posti di soccorso più vicini alla prima linea si cercava di capire quali pazienti sarebbero potuti rientrare prontamente in trincea; quanti si sarebbero potuti "accontentare" di una veloce assistenza nei centri di primo soccorso, di quanti avrebbero avuto bisogno di ospedali più at-

trezzati e, infine, di quanti sarebbero potuti sopravvivere ad un trasferimento su lunghe distanze⁸. I feriti venivano così prioritizzati:

- **Bianco. Feriti leggeri:** tendenzialmente i feriti in grado di deambulare autonomamente. Rientravano in questa categoria i feriti leggerissimi e leggeri: i soldati venivano rinvii ai propri reparti di appartenenza terminate le cure. Per le medicazioni si usava il kit personale monouso presente nella dotazione di ogni soldato. Dopo la fine delle medicazioni veniva fornito al soldato un nuovo kit d'emergenza. Così come in un moderno scenario di medicina delle catastrofi (molto spesso, per morti e distruzione, simile a quanto ci si poteva aspettare al termine di una intensa battaglia da campo) i pazienti in grado di camminare venivano invitati ad abbandonare autonomamente il campo e a recarsi in apposite strutture di raccolta: tali pazienti, che quasi sempre erano i feriti più leggeri, venivano categorizzati con il cartellino bianco o verde;
- **Verdi. Trasportabili a lunga distanza:** feriti in condizioni stabili ma non sempre in grado di camminare, che veni-

vano caricati su autocarri diretti in retrovia. Si trattava cioè di feriti gravi ma trasportabili: i soldati che non potevano subire lunghi trasporti venivano curati nei presidi medici a ridosso della prima linea, mentre i soldati che potevano sopportare lunghi trasferimenti venivano trasferiti negli ospedali da campo d'armata in retrovia;

- **Rossi. Gravi non trasportabili** (ferite gravi al cranio, all'addome, alla colonna vertebrale): questi soldati venivano inviati con autoambulanze o altri mezzi utili presso le più vicine strutture riparate dal fuoco nemico, dove avrebbero ricevuto le cure di stabilizzazione primaria, in modo da rendere il soldato in seguito trasportabile nelle retrovie;
- **Nero: Feriti gravissimi morenti intrasportabili:** per i soldati che rientravano in questa categoria l'ufficiale medico doveva ricevere in consegna gli effetti personali e gli oggetti di valore, trascriverne le ultime volontà e convocare un cappellano militare. Questi soldati erano sistemati in uno spazio specifico all'interno del posto di soccorso o dell'ospedale da campo e, se vi era tempo, veniva loro somministrata una terapia

analgesica o anestetica.

Un'altra distinzione dell'epoca invece ripartiva semplicemente i feriti in due categorie:

- o **Gravi trasportabili:** candidati a urgente e immediato intervento chirurgico;
- o **Gravi trasportabili a distanza breve:** destinati agli Ospedaletti da Campo più vicini al fronte, qui trasportati tramite carri o autoambulanze per barelle.

Come si nota non compare ancora il colore giallo e, soprattutto, si assiste a un certo grado di confusione tra il concetto di *priorità clinica*, cioè necessità di curare tempestivamente un malato, e sua "trasportabilità". La possibilità del trasferimento di un ferito è sicuramente funzione delle sue condizioni (diremmo al giorno d'oggi, della sua stabilità emodinamica e del suo rischio evolutivo), ma non ne è un sinonimo. Durante la Grande Guerra in effetti i due concetti non furono mai ampiamente giustificati ed espressi in maniera puntuale. Obiettivamente ciò era impossibile, considerando l'eccesso di attività sanitaria richiesta al fronte e l'esigenza di evacuare prontamente il più alto numero di feriti possibile.

È difficile immaginare, al

⁸ Cantarano E., Carini L. (2013). *Storia della Medicina e della Assistenza per le Professioni Sanitarie*. UniversItalia: Roma



Figura 4 - Scheda triage per la selezione della trasferibilità (trasportabilità) dei feriti (foto dell'autore, per gentile concessione del Museo Storico Italiano della Guerra di Rovereto)

giorno d'oggi, un intenso combattimento tra due schieramenti vicini ma contrapposti. Si è però sicuri che la regola costante fosse quella di un enorme numero di cadaveri, un numero ancor più importante di feriti e un incredibile situazione di caos che molto spesso, se non quasi sempre, impediva i movimenti di truppe, carri e animali, lungo le principali arterie di comunicazione presso il fronte. Un vero e proprio intasamento che bloccava ogni possibilità di movimento e che pertanto rendeva difficilissima, se non a volte impossibile, l'evacuazione dei feriti.

L'identificazione dei feriti

Per identificare il codice colore del soldato esistevano differenti modi. Il primo modo consisteva nell'agganciare al soldato una targhetta sulla quale venivano segnati i dati

del soldato (Figura 4). Per indicare il colore venivano strappate delle strisce colorate sopra o sotto a seconda del codice dell'emergenza: per il codice bianco si strappavano tutte le strisce colorate; nel caso del codice nero non si aggiungeva la targhetta.

Un'altra più rudimentale modalità, quella più usata durante le prime fasi della guerra, era quella di utilizzare cartellini di diverso colore applicati ai soldati; con questa modalità i medici agganciavano al soldato il cartellino del colore collegabile al codice di priorità.

Come si è detto il concetto di triage veniva applicato soprattutto per la selezione dei feriti trasportabili e, a seconda del quadro clinico, guidava la decisione in merito alla destinazione di ciascun ferito, cioè alla sopportabilità da parte del ferito del viaggio per rag-

giungere tale destinazione. Il prof. **Lustig**, nel suo testo *“La preparazione e la difesa sanitaria dell'esercito”*⁹ definisce i criteri con i quali si poteva operare allo “sgombero” dei feriti:

- *In località vicinissime* i feriti molto gravi e quelli con lesioni leggere guaribili in brevissimo tempo (in questo ultimo caso per poterli rinviare prontamente in battaglia)
- *In località vicine* i feriti gravi e quelli per i quali si presume una cura di non lunga durata, “[...] tanto che possano assai presto riprendere il servizio”
- *In località lontane* i feriti che hanno necessità di lunghe cure
- *In località lontanissime* i feriti per i quali si presume una lunghissima cura, o riconosciuti inabili a riprendere il servizio, o che debbano essere sottoposti a provvedimenti medico-legali. “[...] in massima saranno fatti partire prima i feriti più gravi, poi i meno gravi, e in ultimo i leggeri per i quali l'indugio è meno dannoso”

Sempre secondo il **Lustig** lo sgombero e la “disseminazione” dei feriti in guerra sarebbe motivata da una serie di ragioni (Figura 5):

- *Ragioni igieniche*: per

evitare l'affollamento nelle aeree prossime ai teatri di guerra

- *Ragioni umanitarie*: perché la cura è ovviamente più efficace in ospedali più dotati, all'interno del paese, e lontani dalle vicende belliche
- *Ragioni militari*: “necessitando eliminare dall'esercito tutti i non valori che farebbero dannoso consumo di viveri e incepperebbero la libertà di movimento delle truppe”
- *Ragioni morali*: “perché la vista dei commilitoni feriti ha azione deprimente sulla morale dei combattenti”

Leggendo queste poche righe emerge forse maggiormente quel concetto di cura e assistenza rivolte alla possibilità di riottenere rapidamente soldati “pronti all'impiego”, che tanto ha influito sulla convinzione che tale fosse il principale scopo del triage (e delle cure dei feriti) durante la Grande Guerra. Bisogna però ricordare che **Alessandro Lustig Piacenzi** (Trieste, 5 maggio 1857 – Marina di Pietrasanta, 23 settembre 1937) fu un esponente dell'alta società e, come tale, uomo del “suo tempo”, abbastanza distaccato dal comune vivere e sentire tanto da potersi permettere valutazioni che a un primo sguardo

⁹ Lustig A. (1915). *La preparazione e la difesa sanitaria dell'esercito*. Ravà & C. Editori: Milano

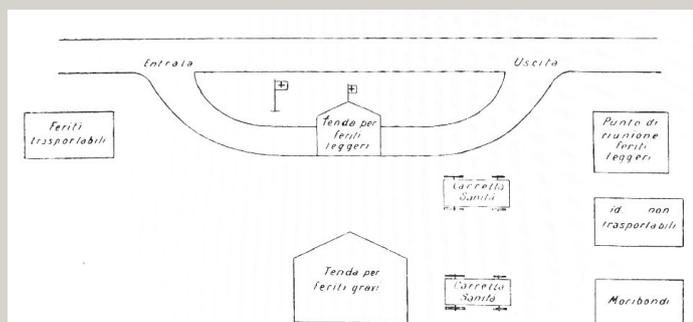


Figura 5 - Interessante schema attribuito al Lustig di progettazione di una Sezione di Sanità. Si notino tre elementi: i differenti tipi di feriti e i moribondi sono allocati in spazi separati e autonomi; per i feriti leggeri il punto di soccorso deve permettere un flusso in entrata e un flusso in uscita, unidirezionale; accanto alla tenda per i feriti gravi sono posizionati i veicoli di evacuazione, qui definite "carrette di sanità". Uno schema di questo tipo è assolutamente attuale e funzionale: la contemporanea "medicina delle catastrofi e delle maxi-emergenze" molto spesso ricalca (a volte senza neppure accorgersene e seppur con le dovute variazioni) sistemi già progettati e attuati durante la Prima Guerra Mondiale. La suddivisione dei vari gruppi di feriti avviene, ovviamente, attraverso una procedura di triage (archivio privato dell'autore)

possono apparire un poco disumane e sicuramente più lontane dal nostro sentire di medici e infermieri del secondo millennio. Il **Lustig** fornì comunque molti contributi scientifici alla medicina dell'epoca, fu un ottimo medico e fu Senatore del Regno nel 1911 e Maestro nella Loggia Universo di Roma, appartenente alla famosa loggia massonica Grande Oriente

d'Italia.

Non vi sono scritti espliciti che raccomandino specifici algoritmi di trattamento dei feriti all'interno degli ospedali da campo o degli ospedaletti. Dopo una battaglia o un fitto bombardamento di artiglieria ci si deve immaginare che un gran numero di feriti subentrasse all'interno dei ridotti spazi adibiti al primo soccorso, ma non è

dato sapere come i medici e gli infermieri gestissero questa grande massa di uomini feriti.

Sulla base degli scritti dell'epoca (resoconti di medici o racconti di soldati) sembra che la ripartizione cronologica dei tempi di intervento seguisse più o meno propriamente quelli del triage sopra riportati: prima i feriti più gravi e coloro che richiedevano cure chirurgiche, poi i soldati meno urgenti. I moribondi (così come li si definiva allora, cioè i gravissimi) venivano allocati in appositi spazi (se era possibile) e gestiti con un abbozzo di cure palliative: sedazione e analgesia con i mezzi dell'epoca (morfinici, etere e laudano). In realtà era molto più tipico l'atteggiamento di abbandono clinico di questi malati che, per fortuna, potevano almeno spesso (ma non sempre) contare sull'assistenza spirituale offerta dai molti ordini religiosi che si impegnavano ad accompagnare alla morte i feriti.

Il **Triage** nella Grande Guerra ricalcava, per forza di cose, le esigenze degli schieramenti impegnati nel conflitto e doveva essere funzionale alla logistica del tempo: pochi spazi di

manovra per le truppe, ingorghi di mezzi e soldati durante gli spostamenti di truppe e dopo i combattimenti, un elevatissimo numero di feriti che riportavano lesioni mai viste nelle epoche precedenti.

Per poi ricordare la grande quantità di giovani medici spesso velocemente formati alla Università Castrense di San Giorgio di Nogaro (sede distaccata dell'Università di Padova), dunque spesso privi di esperienza e nello stesso tempo esposti agli stessi rischi dei soldati in trincea. E quindi, altro elemento chiave dello sviluppo del concetto di una assistenza propriamente infermieristica, la numerosità dei cosiddetti *aiutanti di sanità* e soprattutto la presenza delle infermiere, in primis della Croce Rossa Italiana, formate con rapidità ma efficacia nelle numerose scuole della C.R.I. che si diffusero nel paese¹⁰: tutte queste nuove figure stavano allora muovendo i primi passi verso un concetto di cura e assistenza che molto insegnò, in termini di tecniche e soprattutto di "umanità", alle generazioni future di professionisti della sanità.

¹⁰ Bartoloni S. (2003). *Italiane alla guerra. L'assistenza ai feriti 1915-1918*. Marsilio: Venezia



“Sei ore di attesa per parlare SOLO con un infermiere”

Dipinto di un pronto soccorso



Il titolo di questo breve articolo non vuole (purtroppo) essere solo una frase ad effetto: purtroppo non è altro che una delle numerose affermazioni che gli infermieri di pronto soccorso, si sentono dire mentre svolgono il proprio lavoro.

Abbiamo scelto il celebre dipinto di Guernica di Pi-

casso per rappresentare la realtà che spesso ci vede protagonisti di violenza e che dal nostro punto di vista, dovrebbe essere allontanata da un ambiente già “bombardato” di sofferenza.

Considerata la necessità di produrre dati aggiornati e di integrare le conoscenze disponibili sul fenomeno

della violenza in pronto soccorso e considerata la carenza di studi italiani in letteratura, lo scopo del presente articolo è quello di portare all'attenzione della professione il problema riguardante gli infermieri, soprattutto coloro che operano in questo contesto.

La definizione di violen-

za sul luogo di lavoro più comunemente accettata, anche dalla Commissione Europea è: “gli incidenti dove membri dello staff vengono abusati, minacciati o aggrediti in circostanze relative al proprio lavoro, che coinvolgono una minaccia esplicita o implicita alla propria sicurezza, benessere o salute”

(Beech e Leather, 2006). L'International Council of Nurses (ICN) nel Position Statement del 2006 sull'abuso e la violenza verso il personale infermieristico, condanna fortemente tutte le forme di abuso e violenza dichiarando che ledono i diritti degli infermieri, la dignità e l'integrità personale e hanno implicazioni sulla qualità dell'assistenza fornita ai cittadini. Si evidenzia come gli infermieri spesso accettino gli abusi e la violenza come parte del lavoro e che questa attitudine sia condivisa di frequente dal senso comune e dall'ordinamento giudiziario. Il documento si conclude affermando che la violenza è distruttiva ed ha un impatto profondamente negativo sugli osservatori, le vittime, i membri familiari e, in ultimo, l'assistenza e la sicurezza del paziente (ICN, 2006). Gli atti di violenza da parte di persone assistite e familiari contro gli infermieri sono una tendenza in continuo aumento nell'ambiente delle cure sanitarie (Wheelan, 2008), gli operatori sanitari hanno 16 volte più probabilità di subire violenza sul luogo di lavoro rispetto a qualsiasi altro lavoratore (St-Pierre e Holmes, 2008). Il rischio di aggressioni dipende dal grado di contatto che l'infermiere ha con il paziente, le indagini dimostrano

che gli infermieri che hanno moderato o alto contatto con i pazienti hanno, rispettivamente 7.2 e 9.0 volte maggior rischio di subire aggressioni fisiche, rispetto agli infermieri che non hanno contatti (Canton et al., 2009; Luciani et al., 2016). Gli infermieri sono, nella maggior parte dei casi, i professionisti a più alto rischio tra gli operatori sanitari (Beech e Leather, 2006; Cerri et al., 2010; Gerberich et al., 2004; Hahn et al., 2008).

In Italia, i dati ufficiali più aggiornati per quanto riguarda l'evento sentinella n.12, "atti di violenza a danno di operatore", mostrano che gli infortuni accaduti nelle strutture ospedaliere italiane e denunciati all'INAIL per qualifica professionale e modalità di accadimento nell'anno 2005, ammontano a 429, di cui 234 su infermieri e 7 su medici (Ministero della salute, 2007).

Uno studio condotto recentemente da Luciani e altri autori evidenzia come risulterebbe opportuno svolgere ricerche che valutino l'impatto economico della violenza sui luoghi di lavoro in quanto potrebbero essere utili allo scopo di quantificare monetariamente la problematica e incentivare provvedimenti preventivi (Luciani et al., 2016).

Un sistema di denuncia formale e nazionale della violenza che includa anche i near miss consentirebbe di approfondire la conoscenza del fenomeno e di fornire un adeguato supporto alle vittime favorendo la segnalazione degli episodi e il riconoscimento di un ruolo di tutela da parte delle istituzioni. Già da normativa ministeriale ogni evento sentinella, incluso "qualsiasi atto di violenza subito da operatore o paziente" dovrebbe essere riportato attraverso i canali ufficiali al ministero che sono definiti ed operativi. Il tema sembra essere piuttosto l'effettivo utilizzo di questi canali, in quanto si stima che soltanto il 10% circa degli eventi di aggressione nei confronti degli infermieri vengano formalmente denunciati e solo il 20% circa degli operatori che subiscono violenza discuta dell'evento con i propri superiori (Hahn et al., 2008; Luciani et al., 2016).

Camminando tra i corridoi dell'ospedale si incontrano alcuni manifesti: "Io scelgo il rispetto. Sono qui per prendermi cura di te". L'Azienda socio sanitaria territoriale Lariana lancia una campagna per prevenire le aggressioni ai dipendenti, verbali e non, e danneggiamenti ad attrezzature e arredi delle strutture

ospedaliere e territoriali. Nonostante questa importante iniziativa, sono ancora quotidiani e numerosi gli episodi di violenza verbale/fisica in cui si rischia di incorrere all'interno dell'ambiente lavorativo.

Ci piace pensare al Pronto Soccorso come alla porta e allo specchio dell'ospedale. Per questo motivo dovrebbe essere maggiormente tutelato, mettendo magari una vigilanza fissa oppure richiedendo alla Questura la presenza costante di un agente di Polizia, pronti ad intervenire in caso di necessità.

In mezzo al grido di dolore universale e alle immagini di violenza rappresentate dal quadro di Guernica di Picasso vi è a terra, nella metà di sinistra, un soldato: non un eroe che combatte, ma a terra, sconfitto, con una spada ridotta a un frammento. Anche lui caduto sotto il bombardamento. Ma un piccolo segno di speranza in tutta questa tristezza: tra le mani c'è un piccolo fiore, simbolo della pace e della rinascita.

Nell'intento di svolgere con professionalità il nostro lavoro, ci auspichiamo che il problema della violenza nei confronti degli infermieri di pronto soccorso venga preso seriamente in considerazione dalla professione e dalle autorità competenti e risolto,

non solo nell'interesse dei professionisti ma in primo luogo a tutela di un'assistenza qualitativamente adeguata destinata alle persone assistite quotidianamente.

BIBLIOGRAFIA

- Beech B., Leather P. (2006). *Workplace violence in the health care sector: A review of training and integration of training evaluation models*. *AggressViolentBehav* 11(2): 27-43.
- Canton A.N., Sherman M.F., Magda L.A. (2009). *Violence, job satisfaction, and employment intentions among home health care registered nurses*. *Home Healthc Nurse*. 27(4): 364-373.
- Cerri R., Caserta M., Grosso M. (2010). *Le aggressioni subite dagli operatori sanitari: indagine in un ospedale italiano*. *Assist Inferm Ric*. 29(1): 5-10.
- Gerberich S., Church T., McGovern P. (2004). *An epidemiological study of the magnitude and consequences of work related violence: the Minnesota Nurses' Study*. *Occup Environ Med*. 61(3): 495-503.
- Hahn S., Zeller A., Nee-dham I. (2008). *Patient and visitor violence in general hospitals: a systematic review of the literature*. *AggressViolentBehav*. 13(2): 431-441.
- ICN - International Council of Nurses (2006). *Abuse and violence against nursing personnel*. Position Statement. Geneva: ICN Publications.
- Luciani M., Di Mauro S., Ausili D., Villa C.E., Romanenghi M., Spedale V. (2016). *Atti di violenza verso gli infermieri e fattori associati alla violenza nel contesto ospedaliero: uno studio trasversale*. *Med Lav*. 107(3): 191-204.
- Ministero della Salute (2007). *Raccomandazione per prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari*, Raccomandazione n. 8. Disponibile online all'indirizzo: www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_721_allegato.pdf. Ultimo accesso il: 04.10.2017.
- St-Pierre I., Holmes D. (2008). *Managing nurse through disciplinary power: a Foucauldian analysis of workplace violence*. *J Nurs Manag*. 16(2): 352-359.
- Whelan T. (2008). *Escalating Trend of Violence Toward Nurses*. *J Emerg Nurs*. 34(2): 130-133.



SPORTELLO CONSULENZE:

Accedi alla bacheca consulenze riservate agli iscritti cliccando sul link:

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

Per i liberi professionisti sarà possibile prenotare una consulenza gratuita con il delegato Enpapi, Luca Bonfanti che sarà in sede nel mese di giugno previo appuntamento. Per richiedere una consulenza, contattare info@opicomo.it

Cosa cambia dopo la Legge Gelli per gli infermieri:

le principali novità in pillole

La Legge n. 24/2017 (c.d. Legge Gelli), entrata in vigore lo scorso 1 aprile, è rivolta a tutti gli esercenti la professione sanitaria e, pertanto, anche agli infermieri.

Muovendo dalla “sicurezza delle cure”, quale parte costitutiva del diritto alla salute (art. 1), la nuova disciplina introduce una serie di correttivi volti ad “alleggerire”, per quanto possibile, la posizione degli operatori sanitari, soprattutto di quelli “strutturati”.

In tema di **responsabilità penale**, la legge in esame introduce un nuovo articolo nel codice penale per le ipotesi di *Responsabilità colposa* per morte o lesioni personali in ambito sanitario (art. 590 sexies c.p.).

Tale norma circoscrive, in particolare, la punibilità penale degli infermieri, ai soli casi di morte o lesioni personali del paziente cagionati da una condotta colposa connotata da

imprudenza e negligenza. Viene infatti **esclusa la punibilità nei casi di condotta professionale connotata da imperizia**, qualora l'infermiere dimostri di essersi **attenuto alle linee guida** elaborate ai sensi di legge o, **in mancanza di queste, alle buone pratiche clinico-assistenziali**, sempre che le predette linee guida risultino **adeguate alle specificità del caso concreto**. Le linee guida a cui dovranno attenersi gli infermieri saranno quelle elaborate dalle società scientifiche e dalle associazioni tecnico-scientifiche, iscritte in un apposito elenco, e “validate” dall'Istituto Superiore di Sanità.

Rispetto alla Legge Balduzzi, la nuova legge non attua alcuna distinzione-riguardo al grado di colpa: l'esimente potrà dunque operare anche nei casi di colpa grave dell'infermiere. Per i fatti commessi prima

del 1 aprile 2017, data di entrata in vigore della legge, la Corte di Cassazione penale si è già espressa prevedendo l'applicazione della precedente Legge Balduzzi (Cass. pen., sent. n. 28187/2017).

In tema di **responsabilità civile** dell'infermiere, la legge in esame introduce un **sistema “a doppio binario”**, cassando definitivamente l'orientamento giurisprudenziale, che, da oltre vent'anni, aveva “contrattualizzato” la responsabilità di tutti i sanitari, anche di quelli che non avevano concluso alcun contratto con il paziente, sulla scorta del principio del c.d. *contratto sociale*.

La nuova legge distingue infatti tra **gli infermieri “ospedalieri”**, che operano all'interno delle strutture sanitarie o sociosanitarie pubbliche o private in qua-

lità di dipendenti e che, quindi, non



hanno concluso alcun contratto con il paziente e **gli infermieri liberi professionisti**, che invece un contratto con il paziente lo hanno concluso; si pensi, per esempio, al sanitario che opera al domicilio del paziente, perché scelto dallo stesso.

Per i primi, d'ora in poi, la **responsabilità nei confronti del paziente sarà di natura extracontrattuale, ex art. 2043 c.c.**, con conseguente aggravio dell'onere probatorio in capo al

paziente e riduzione del termine di prescrizione del diritto risarcitorio di quest'ultimo a 5 anni. Il paziente sarà dunque maggiormente portato a coinvolgere la struttura, per la quale la responsabilità rimarrà contrattuale, ex artt. 1218 e 1228 c.c., piuttosto che il sanitario dipendente. **Per i secondi**, invece, la **responsabilità nei confronti del paziente rimarrà di natura contrattuale, ex art. 1218 c.c.** In questo caso, l'onere della prova gravante sull'infermiere sarà più gravoso, così come il termine di prescrizione del diritto risarcitorio del paziente sarà di 10 anni, anziché di 5.

Nell'ottica di "alleggerire" ulteriormente la posizione degli infermieri, la nuova legge prevede una **duplice limitazione, di natura qualitativa e quantitativa, all'azione di rivalsa delle strutture sanitarie e sociosanitarie pubbliche e private** nei confronti dell'infermiere responsabile del danno patito dal paziente.

L'azione di rivalsa della struttura pubblica e di quella privata nei confronti dell'infermiere responsabile del danno risarcito al paziente sarà infatti limitata ai casi di **colpa grave e dolo**, resterà esclusa la possibilità di rivalersi per colpa lieve del sanitario, anche in ambito privato. Nei casi di **colpa grave**, la

misura di tale rivalsa non potrà, inoltre, superare, **per singolo evento, le tre annualità del reddito professionale lordo**, tenuto conto del valore maggiore conseguito tra l'anno di accadimento dell'evento lesivo, l'anno immediatamente precedente o immediatamente successivo. Tale limite sarà applicabile anche all'azione di surrogazione della Compagnia Assicurativa che abbia pagato il risarcimento al paziente, in virtù di un contratto di assicurazione concluso con la struttura. Per le strutture private tale limite quantitativo non si applicherà ai liberi professionisti, ossia a quelli che abbiano concluso un contratto con il paziente.

Se, dunque, un infermiere dipendente di struttura pubblica o privata ha conseguito un reddito professionale lordo di 20.000 euro, nell'anno di inizio della condotta dannosa, di 18.000 euro, nell'anno immediatamente precedente, e di 21.000 euro, nell'anno immediatamente successivo, la misura massima di rivalsa nei suoi confronti, per sinistro, non potrà superare il triplo di 21.000 euro (valore maggiore conseguito nei tre anni di riferimento), ossia 63.000 euro. L'azione di rivalsa potrà inoltre essere esperita solo successivamente al risarcimento avvenuto sulla base di titolo giudiziale

(sentenza o ordinanza) o stragiudiziale (transazione) e, comunque, entro un anno dall'avvenuto pagamento e sarà preclusa qualora la struttura abbia omesso di comunicare all'infermiere l'inizio di un giudizio basato sulla responsabilità ovvero l'avvio delle trattative, entro 10 giorni (ora divenuti 60 giorni con l'approvazione degli emendamenti proposti con il D.d.l. Lorenzin) dalla ricezione della notifica dell'atto introduttivo ovvero dall'inizio delle trattative.

Per **garantire l'efficacia di tale azione di rivalsa**, nei casi di colpa grave del sanitario, la Legge Gelli ha introdotto uno **specifico e nuovo obbligo assicurativo** in capo a tutti gli infermieri che operano a **qualsiasi titolo** all'interno delle strutture sanitarie o socio sanitarie pubbliche e private. Gli oneri di tale copertura "per colpa grave" rimarranno a carico degli stessi sanitari, anche se, presumibilmente, i relativi premi saranno piuttosto contenuti.

Per questo tipo di polizza, non sarà infatti più necessario, come per il passato, un massimale eccessivamente elevato, in ragione del limite delle tre annualità lorde, per singolo evento, previsto dalla legge. Se si considerano i 63.000 dell'esempio quale misura massima di rivalsa per evento, si comprende

immediatamente che un massimale di 3 milioni di euro risulterebbe del tutto eccessivo, oltre che inutile, in quanto pari ad oltre 47 denunce in un anno. Sarà dunque sufficiente prevedere un massimale che tenga conto della possibilità del verificarsi di più sinistri, nel periodo di efficacia della polizza, ma comunque entro un limite ragionevole, prudenzialmente, di 3 o 4 sinistri in un anno.

Per garantire, infine, la **certezza dei risarcimenti al paziente**, tutelando nel contempo anche il patrimonio dell'infermiere, la nuova legge conferma l'**obbligo di una copertura che garantisca la responsabilità civile verso terzi degli infermieri**.

Tale garanzia, per il sanitario dipendente, dovrà essere fornita direttamente dalla struttura di appartenenza attraverso una polizza assicurativa o, in alternativa, attraverso "altre analoghe misure" (ossia la c.d. autoassicurazione). Gli infermieri liberi professionisti, che abbiano un rapporto contrattuale con il paziente, saranno invece tenuti a stipulare, con oneri a proprio carico, una copertura assicurativa che garantisca la loro responsabilità civile verso terzi. Per i requisiti minimi di tale copertura, si dovrà attendere l'emanazione di uno specifico decreto attuativo.



La percezione degli infermieri italiani sulle difficoltà nell'assistenza erogata all'utenza multietnica

ABSTRACT

Il fenomeno migratorio in Italia è una tematica recente ma di estrema attualità e con problematiche in continuo aumento, con effetti che si ripercuotono a livello socio-economico e demografico. Persino nell'assistenza sanitaria è ormai forte la presenza di utenza immigrata che richiede una riorganizzazione dei servizi e la necessità di un approccio terapeutico-assistenziale multiculturale. Il professionista infermiere è responsabile dell'assistenza ed è tenuto ad un approccio olistico

nel soddisfacimento dei bisogni assistenziali; sarebbe interessante andare ad indagare ed analizzare la percezione degli infermieri italiani in riferimento alle difficoltà riscontrate nell'erogare assistenza all'utenza multietnica per poter apportare un miglioramento nella pratica assistenziale. Partendo da



questa considerazione è stata condotta una ricerca in banche dati autorevoli come MedLine sulla piattaforma elettronica PubMed della National Library, CINHAI (*Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature*) e Ilisi (Indice della Letteratura Italiana di Scienze Infermieristiche). Dagli articoli analizzati emergono

tre tematiche principali: cultura, comunicazione e formazione; per ognuna verranno evidenziate le criticità e le strategie di miglioramento. Ad oggi il professionista italiano non possiede le competenze culturali e linguistiche necessarie per fornire prestazioni infermieristiche olistiche e di qualità; è necessaria un'implementazione teorica specifica sia a livello accademico, sia nella formazione continua. *Immigration is a recent phenomenon in Italy, but it's an actual and constantly growing issue, with effects*

that are affecting socio-economic and demographic. Even on the healthcare level is now strong the presence of immigrants who require a reorganization of services and the need for a multicultural therapeutic-assistance approach. The nurse practitioner is responsible for the care and is bound to a holistic approach to satisfy the needs of the hospice; it would be interesting to investigate and analyze the perception of Italian nurses with reference to the difficulties encountered in providing assistance to multiethnic users in order to improve the practice of nursing. Based on this consideration, a research has been conducted in authoritative databases such as MedLine on the PubMed Electronic Platform of the National Library, CINHALL (Cumulative Nursing Index and Allied Health Literature) and Ilisi (Index of Italian Literature of Nursing Sciences). Three main issues have emerged from the analyzed articles: culture, communication and training; critically and strategies for improvement will be found for each issue. Nowadays, Italian professionals do not have the cultural and linguistic skills needed to provide holistic and high quality performances; a specific theoretical implementation is required both on the academic level and on an ongoing basis training.

INTRODUZIONE

A fronte dei forti flussi migratori la società italiana sta vivendo tutti gli aspetti e le caratteristiche di una società multietnica; si tratta di un processo recente, legato agli ultimi vent'anni e tutt'ora in corso, che non riguarda più soltanto i piccoli o grandi centri urbani, ma coinvolge tutte le regioni del nostro Paese. Basti pensare che gli stranieri residenti in Italia al 1° gennaio 2017 sono l'8,3% della popolazione totale, dato che non include gli stranieri naturalizzati italiani e i cittadini stranieri irregolari (ISTAT, 2017); il numero di persone che hanno fatto richiesta di asilo politico e protezione umanitaria nel nostro Paese è raddoppiato negli anni infatti la percentuale dei nuovi permessi rilasciati è cresciuta dal 3,7% nel 2007 al 28,2% del 2015 (ISTAT, 2016). La popolazione immigrata presente nel nostro paese arriva con lingue, culture e con modelli di organizzazione sociale e familiare diversi spesso lontani dai nostri e che nel confronto quotidiano hanno molta rilevanza, come la crescita e la cura dei figli, le forme di autorità dei genitori, il rapporto uomo-donna e la concezione di famiglia (Collegio IPASVI BAT, 2012). Si ritiene importante specificare che le comunità etniche, pur essendo in buona parte socialmente integrate, non vengono as-



similate dal punto di vista culturale ma tentano di mantenere integra la loro identità, confrontandosi con sistemi e valori che appartengono al paese nel quale hanno ottenuto dimora, con il rischio che si possa creare una distanza sociale, ovvero l'indisponibilità dei componenti di un gruppo ad avere contatti sociali e culturali con persone di un altro gruppo (Nucchi, 2007). Il problema consiste nella necessità di stabilire relazioni all'interno di un gruppo sociale che si caratterizza per diversità linguistica e/o culturale e/o per i tratti fisici che caratterizzano le persone che costituiscono il gruppo stesso. Differenze importanti emergono anche nell'approccio della persona straniera ai servizi socio-sanitari; bisogna tenere in considerazione che le persone immigrate sono abituate a diverse modalità di utilizzo dei sistemi sanitari e delle cure delle ma-

lattie nel Paese d'origine che determinano nel territorio di migrazione, un ricorso ai servizi sanitari di emergenza, la non conoscenza delle pratiche preventive, la scarsa adesione ai programmi terapeutici prolungati e utilizzo non regolare e continuativo di farmaci chimici con predilezione di prodotti fitoterapici che se utilizzati in eccesso possono risultare più dannosi dei composti chimici. Le persone immigrate spesso non conoscono il livello reale di benessere socio-sanitario-economico presente nel territorio di migrazione, come non conoscono la prassi di accesso e di fruizione dei servizi sanitari, le modalità di indagini diagnostiche, di cura, di promozione e gestione della salute che vengono attuate nel Paese accogliente (Bertolini, Bombardi e Manfredini, 2009). Queste criticità riguardano direttamente il professionista infermiere nei vari li-

velli di responsabilità, perché chiamato deontologicamente ad esercitare un ruolo attivo e di mediazione in questo processo di incontro e confronto (Papadopouloset al., 2016), all'identificazione di modalità di analisi dei sistemi sanitari che facilitino il riconoscimento delle potenziali diseguaglianze, come definito nell'art. 47 del Codice Deontologico (IPASVI, 2009). Gli infermieri costituiscono spesso il primo contatto che il soggetto immigrato ha con una struttura sanitaria, perciò un confronto approfondito con questi argomenti può essere di aiuto al professionista per evitare equivoci e conflitti nell'identificare i problemi dell'utente con la sua diversità culturale. L'infermiere, anche in riferimento all'articolo 4 del Codice Deontologico (IPASVI, 2009), è riconosciuto come specialista nella relazione d'aiuto e nella realizzazione del processo assistenziale, dovrebbe essere in grado di occuparsi di pazienti di culture differenti, di comprendere le differenze culturali (Manara, Isernia e Buzzetti, 2013), ma anche di essere consapevoli di come comunicare competentemente (Papadopouloset al., 2016). Al fine di lavorare con efficacia e competenza con altre culture, il professionista sanitario deve conoscere almeno i maggiori fenomeni che

si sviluppano in ambito transculturale; per poter affrontare l'argomento, si deve fare riferimento al Nursing Transculturale ideato da Madeleine Leininger, infermiera americana che iniziò i primi studi di ricerca in infermieristica transculturale nei anni '60 e successivamente nel '66 tenne il primo corso di infermieristica transculturale alla Colorado School of Nursing. Si tratta di un campo specifico del Nursing che prende in considerazione lo studio comparato e l'analisi di diverse culture in rapporto al nursing alle pratiche di assistenza connesse allo stato di salute/malattia, alle credenze e ai valori, al contesto, con lo scopo di fornire alle persone un'assistenza infermieristica efficace e significativa e per arrivare ad un programma di promozione della salute (Stievano, 2006). La Leininger rappresenta il nursing transculturale nel sunrise model o modello del sole nascente, che prevede un incontro fra due culture e diventa necessario riconoscere la propria cultura per poter permettere all'altra cultura di arricchirci. La transculturalità mette al centro la cultura e prevede lo sviluppo di una sensibilità nel riconoscere l'altro; è necessario avere una visione del mondo e del sistema sociale più ampia per arrivare ad ottenere conoscenze

più specifiche connesse agli individui, famiglie, gruppi e istituzioni nei diversi sistemi sanitari che comprendono anche le cure tradizionali significative nella specifica cultura (Gonella et al., 2014). Ciò porta ad un confronto culturale, a rileggere non solo la cultura dell'assistenza sanitaria ma anche quella professionale e a ridisegnarla in rapporto ai nuovi bisogni; come sancisce l'articolo 32 della Costituzione Italiana, la Repubblica Italiana riconosce la salute come un diritto fondamentale di ogni individuo e di tutta la società, pertanto è garante dell'assistenza sanitaria di tutti i cittadini italiani e non italiani, inclusi gli immigrati, i rifugiati e i turisti (Wolfet al., 2013). Ogni cittadino ha il diritto a usufruire di un sistema sanitario disponibile e di personale sanitario che rispetti le proprie credenze, valori e pratiche sanitarie, al fine di soddisfare i bisogni di salute e ridurre le disparità (Nucchi, 2007; Papadopouloset al., 2015). Conoscere il contesto sociale e culturale dell'immigrato è un impegno deontologico per l'infermiere, attivo anche nel promuovere la centralità dell'assistenza alla persona senza discriminazioni sociali ed economiche (Manara, Isernia e Buzzetti, 2013), facendo quindi riferimento ai principi etici di equità e giustizia come

delineato nell'articolo 5 del Codice Deontologico (IPASVI, 2009), per poter progettare e attuare in modo efficace l'assistenza. È importante rendere le persone capaci di fornire le risposte adeguate per raggiungere gli obiettivi di salute attraverso un'adeguata educazione e promozione (articolo 19) ed è solo attraverso una conoscenza culturale competente che sarà possibile garantire un'adeguata assistenza sanitaria in base ai principi di qualità ed equità a tutta la popolazione presente sul territorio nazionale, come viene esplicitato nel Codice Deontologico all'articolo 21 (IPASVI, 2009), nonché obiettivo del Servizio Sanitario Nazionale (Bertolini, Bombardi e Manfredini, 2009). Alla luce di quanto detto, gli infermieri italiani sono in grado di fornire un'assistenza infermieristica culturalmente competente? Lo scopo di questo elaborato è di indagare ed analizzare attraverso la percezione degli infermieri italiani in riferimento all'assistenza infermieristica erogata verso l'utenza multietnica per poter apportare un miglioramento nella pratica assistenziale. Pertanto la domanda di ricerca emersa è: in che modo la percezione delle difficoltà degli infermieri offre opportunità di miglioramento per la pratica assistenziale all'utenza mul-



tietnica in Italia? La scelta di questo argomento è dettata dall'esigenza personale nel voler approfondire la tematica della transculturalità emersa solo negli ultimi anni a fronte dell'emergenza immigrazione, già fonte di interesse per precedenti esperienze con culture diverse sia sul territorio italiano, sia estero che ha arricchito il mio bagaglio conoscitivo. Tale tematica è emersa nuovamente nel corso di alcuni tirocini clinici formativi, attraverso il contatto con l'utenza multietnica che ha portato a contestualizzare l'interesse all'ambito assistenziale infermieristico. È stata effettuata la search consultando la letteratura grigia e partendo dal portale insuBRE (Insubria Biblioteche e Risorse Elettroniche) attraverso banche dati autorevoli come MedLine sulla piattaforma elettronica PubMed della National Library, CINAHL (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature) e ILISI (Indice della Letteratura Italiana di Scienze Infermieristiche). La search è stata effettuata in MedLine formulando stringhe di ricerca attraverso Medical Subject Headings (MESH®), per parola libera e impostando più stringhe che comprendevano entrambi. In CINAHL per parola libera e per Headings, più stringhe di ricerca che comprendono entrambe le modalità,

mentre in ILISI per parola libera. Le parole chiave utilizzate sono state unite tramite gli operatori booleani: AND per reperire articoli indicizzati con i vari termini di ricerca e OR per reperire articoli indicizzati con almeno uno dei concetti indicati. È stata utilizzata inoltre la troncatura (*) per reperire tutti gli articoli contenenti la radice della parola troncata (Sironi, 2010). Alcune stringhe di ricerca sono state formulate includendo sia i full text per poter reperire gli articoli gratuitamente, sia senza il suddetto filtro nel momento in cui la ricerca precedente non avesse fornito risultati utili; è stato definito un limite temporale di 10 anni per le ricerche effettuate in MedLine e CINAHL tenendo presente che l'argomento oggetto di questo elaborato, come già dichiarato, è un fenomeno recente nel contesto italiano. Non sono stati posti limiti di lingua per evitare di restringere il campo di ricerca ma sono stati considerati solo gli articoli che andassero ad analizzare il fenomeno a livello Nazionale, infatti per tutte le

stringhe di ricerca è presente la troncatura "ital*". Per una maggior comprensione ed analisi della ricerca effettuata si rimanda ad approfondimento della tabella in Allegato 1 relativa alla Search History e alla Search Strategy nell'allegato 2; si vuole precisare che la Search Strategy sarà effettuata per le sole stringhe di ricerca che hanno fornito nuovo materiale oltre a quello reperito nelle precedenti stringhe. La parte centrale andrà a definire la metodologia di analisi degli articoli e verranno dichiarati alcuni limiti e criticità, in approfondimento nella Critical Appraisal in Allegato 3; si delinearanno le tematiche principali emerse con l'analisi approfondita di ognuna per poter trarre delle adeguate conclusioni in merito.

1. ANALISI DELLA LETTERATURA

Al fine di raggiungere lo scopo dichiarato, sono stati analizzati articoli con approccio misto (studi descrittivi), qualitativo (studi fenomenologici) e quantitativo (studio quasi sperimentale e case stu-

dy) che contengono questionari somministrati agli infermieri italiani; si vuole sottolineare che in alcuni di questi studi, il campionamento comprende oltre alla figura dell'infermiere italiano, anche altri infermieri di nazionalità straniera, professionisti sanitari e l'utenza straniera, ma sono stati considerati solo quei dati inerenti alla popolazione esplicitata nella domanda di ricerca. Solo per gli studi di Gonella et al. (2014) e quello di Sili e Venturini (2013) sono stati considerati dati relativi ad un campione di professionisti multidisciplinari in cui non è stato possibile selezionare solo le informazioni relative agli infermieri; si motiva la scelta in base all'evidente rilevanza del gruppo dei professionisti infermieri. Tutti i questionari sono stati strutturati con domande a risposta chiusa e/o aperta con assegnazione di un valore numerico su Scala Likert (peculiare per ogni studio) e con strumenti statistici diversi; tutti i questionari sono redatti in forma anonima, ma solo in alcuni di questi studi è dichiarato il consenso al trattamento dei dati. Altra criticità riscontrata per alcuni articoli scientifici, è l'assenza dell'abstract, ma presentano poi tutte le altre caratteristiche necessarie per poterli definire scientifici. Una dettagliata analisi degli articoli è riscontra-

bile nella Critical Appraisal nell'Allegato 3; si vuole sottolineare che per l'analisi dei dati e per validare le affermazioni, sono stati considerati e riportati nel testo e nelle tabelle della Critical Appraisal solo i dati statistici in percentuale, presenti in tutti gli studi, ma verranno comunque dichiarate le modalità di analisi statistiche di ognuno. Per poter effettuare un'analisi approfondita, è stato necessario identificare le tematiche principali sondate negli articoli scientifici reperiti, le quali sono state raggruppate in tre macroaree principali, ovvero la comunicazione, la cultura e la formazione. Nei successivi paragrafi si andranno quindi ad analizzare singolarmente le tre tematiche emerse dalla percezione degli infermieri italiani a seguito del percorso formativo e professionale, per poter far emergere criticità e spunti di miglioramento.

2. LA PERCEZIONE DEGLI INFERMIERI NELL'AMBITO COMUNICATIVO

Le barriere linguistiche vengono percepite come la maggior problematica riscontrata (Festini et al., 2009; Gonella et al., 2014; Jagiela, Stievano e Rocco, 2010; Manara, Isernia e Buzzetti, 2013; Stievano e Bertolazzi, 2013) che comportano un'incompleta e scorretta trasmissione delle informazioni (Festini

et al., 2009) ed ostacolando la pratica assistenziale sia nell'erogazione delle prestazioni, sia durante la spiegazione delle regole ospedaliere e delle procedure da eseguire (Manara, Isernia e Buzzetti, 2013). Questo limite comporta difficoltà relazionali con l'utenza straniera e con i relativi parenti ed amici, limitandone la capacità di accoglienza (Cipolla e Rocco, 2014). Il limite linguistico è motivato sia per carenze del personale, "sia per la mancanza di conoscenza della lingua italiana da parte del paziente straniero". Come si evince nello studio di Jagiela, Stievano e Rocco (2010), il 73.9% dei professionisti conosce la sola lingua italiana; questo è legato all'età, infatti è evidente una maggior difficoltà negli over 40 anni ed il dato può essere strettamente correlato al titolo di studio conseguito. Il diploma regionale si associa a difficoltà linguistiche e comprensione delle usanze, per titoli successivi alla laurea si denota invece la complessità nella comunicazione e relazione, strumenti propri dell'infermiere (Cipolla e Rocco, 2014). Dai dati emerge la necessità di conoscere almeno un'altra lingua, in particolare modo la lingua inglese, attualmente usata come linguaggio universale nelle comunicazioni (Sili e Venturini, 2013). Per l'infermiere l'incapacità di compren-

dere la lingua dell'assistito, limita sia la capacità di accogliere al meglio l'utente che quella di erogare prestazioni in grado di soddisfare le reali esigenze. A queste difficoltà gli infermieri rispondono con risorse attitudinali, mettono in campo le capacità umane per creare fiducia, vicinanza, empatia e per stabilire un contatto dove le competenze linguistiche non possono aiutare (Manara, Isernia e Buzzetti, 2013). Emerge la necessità di prestare attenzione alle capacità relazionali degli infermieri, le cui competenze sono importanti per individuare bisogni taciti insoddisfatti, ma anche mantenere ambiente lavorativo sereno evitando possibili conflitti (Stievano e Bertolazzi, 2013). Strategie più comuni adottate dagli infermieri sono la comunicazione non verbale utilizzando la gestualità, come afferma il 35% del campione nello studio di Festini et al. (2009) e l'88% in quello di Sili e Venturini (2013), l'utilizzo di strumenti semplici come carta e penna per consentire di esprimersi e farsi comprendere con simboli o disegni (Gambera, Marucci e Pezzino, 2008) e non ultimo il coinvolgimento dei colleghi, familiari e conoscenti della persona assistita (Manara, Isernia e Buzzetti, 2013; Stievano e Bertolazzi, 2013). Stievano e Bertolazzi (2013)

affermano che "Rivolgersi a parenti amici del paziente è in sintonia con quanto gli infermieri apprendono durante la formazione di base continua, perché la centralità e l'attenzione che viene rivolta alla famiglia è un elemento caratterizzante della professione". Un elemento facilitatore nella comunicazione con la persona straniera è il ricorso al servizio di Mediazione Culturale; dall'analisi dei dati emerge che la figura del mediatore non è ampiamente conosciuta e diffusa a livello Nazionale, per mancanza di risorse nelle strutture sanitarie e inadeguata comprensione del ruolo che essa ricopre. Il mediatore può essere considerato una figura "ponte" fra la persona assistita straniera e l'operatore in grado di decodificare le espressioni verbali e non verbali, favorisce la relazione e l'attenuazione di tensioni e conflitti culturali; è ritenuta indispensabile affinché la persona si possa sentire a suo agio e sia proficua per il rispetto dei valori che una cultura trasmette rispetto alla cura (Collegio IPASVI BAT, 2012). Negli studi di Festini et al. (2009), Gonella et al. (2014) e Jagiela, Stievano e Rocco (2010) emerge l'adeguata collaborazione con tale figura e ne dichiarano l'utilità, mentre negli studi di Manara, Isernia e Buzzetti (2013) e di Sili e Venturini (2013) il ricorso al servizio

di mediazione culturale è poco utilizzato oltre ad un "uso" non corretto, in quanto gli infermieri affermano di delegare il problema della difficoltà linguistica e relazionale controproducendo la presa in carico e il percorso assistenziale. Nello studio di Gambera, Merucci e Pezzino (2008), l'assenza della figura del mediatore culturale è contenuta dalla presenza dell'Assistente Sociale che collabora con il gruppo infermieristico, su sua specifica richiesta.

3. LA PERCEZIONE DEGLI INFERMIERI NELL'AMBITO CULTURALE

Dall'analisi dei dati relativa alla percezione degli infermieri italiani sulla cultura si riscontra un quadro disomogeneo. Dagli studi di Cipolla e Rocco (2014), Festini et al. (2009), Gonnella et al. (2014), Manara, Isernia e Buzzetti (2013) e Sili e Venturini (2013), gli infermieri sono consapevoli che i bisogni di assistenza infermieristica del paziente di cultura altra sono influenzati dalla sua provenienza socio-culturale e si reputa importante l'adeguata conoscenza, rispetto e comprensione dei valori morali; solamente nello studio di Sili e Venturini (2013) il campione dichiara per il 94% "di prestare le dovute attenzioni assistenziali nella presa in carico e cura dei pazienti di cultura altra". La po-

polazione infermieristica degli studi sopra citati ha la consapevolezza del problema e ritiene che sia necessario adottare strategie di risoluzione che possano andare a migliorare la pratica assistenziale. Per contro, i campioni degli studi di Cipolla e Rocco (2014), Gambera, Merucci e Pezzino (2008) e Jagiela, Stievano e Rocco (2010) non hanno una percezione elevata della relazione fra cultura e assistenza, ed emerge una carenza di conoscenze sia qualitative sia quantitative del fenomeno migratorio; il 62% degli infermieri coinvolti nello studio di Jagiela, Stievano e Rocco (2010) afferma che i problemi socio-sanitari degli immigrati sono legati ad aspetti più tecnici (lavoro-alloggi-status). La mancanza di conoscenze e di comprensione va ad inficiare la pratica assistenziale e relazionale con i pazienti stranieri, infatti si rilevano criticità nell'attività quotidiana legate alle abitudini

alimentari (per preferenze culturali e legate alla religione), all'igiene personale e al disagio a spogliarsi, alla somministrazione della terapia, conflitti con altri pazienti o con il personale, credenze sul ruolo della donna e visione dell'educazione dei bambini oltre alla diversa concezione di salute e malattia (Cipolla e Rocco, 2014; Festini et al., 2009; Stievano e Bertolazzi, 2013). Come già dichiarato, per raggiungere una stabilità nella relazione d'aiuto è fondamentale il confronto e la comprensione della reciproca diversità culturale. Dagli studi di Gambera, Merucci e Pezzino (2008), Festini et al. (2009) e Jagiela, Stievano e Rocco (2010) emergono difficoltà in tale senso, infatti i professionisti dimostrano un atteggiamento pseudo-tollerante con evidenti forme di pregiudizio e disapprovazione verso abitudini igieniche e culturali, credenze-tradizioni e comportamenti propri di ogni etnia. Stievano e

Bertolazzi (2013) affermano inoltre che il campione riconosce l'esistenza di queste problematiche e che si dovrebbe lavorare per trovare strategie di risoluzione, in quanto dimostrato che in un contesto di fiducia e collaborazione reciproca, si ottiene anche il rispetto della figura professionale. Solamente negli studi di Manara, Isernia e Buzzetti (2013) e di Sili e Venturini (2013) non emergono atteggiamenti razzisti o di discriminazione e l'esperienza con l'utenza straniera diventa un arricchimento del proprio bagaglio lavorativo e culturale. Sili e Venturini (2013) affermano: "La multiculturalità è una constatazione che tutti i settori della società hanno fatto, mentre la coesione, l'interazione e la prospettiva interculturale sono obiettivi primari da raggiungere partendo dai servizi per la salute e dalle persone che vi operano, soprattutto come messaggio di accoglienza".

4. LA PERCEZIONE DEGLI INFERMIERI NELL'AMBITO FORMATIVO

Dallo studio di Stievano e Bertolazzi (2013) gli infermieri ritengono che la formazione di base universitaria abbia aumentato e sviluppato maggiormente la consapevolezza teorica e le conoscenze per raggiungere i livelli di autonomia decisionale (abbastanza 52.3%), capacità orga-



nizzative per pianificare l'assistenza (abbastanza 53.2%), metodi per promuovere una relazione educativa con le persone assistite finalizzata al recupero-trattamento-mantenimento della salute (abbastanza 49.3%), metodi per stabilire relazioni efficaci con la persona assistita e la sua famiglia (abbastanza 49.9%), strumenti per leggere ed interpretare articoli scientifici (abbastanza 35.8%, poco 33.6%). Lo stesso concetto è presente negli studi di Cipolla e Rocco (2014) e di Manara, Isernia e Buzzetti (2013) in quanto dichiarano che a seguito dell'introduzione e implementazione universitaria, aumenta la consapevolezza teorica dell'importanza della cultura nel determinare i bisogni di assistenza specifici. Il professionista infermiere è decisamente preparato a livello teorico, ma nelle situazioni concrete emergono incertezze ed è difficile farsi guidare dalla teoria per prendere le giuste decisioni (Manara, Isernia e Buzzetti, 2013) verso l'utenza straniera. In tutti gli studi analizzati emerge l'inadeguata o assente formazione universitaria dei contenuti di carattere transculturale/multietnico e proprio per la mancanza di conoscenze, gli infermieri non riescono a garantire una personalizzazione dell'assistenza e il soddisfacimento completo

dei bisogni di salute dell'utenza appartenente ad altra cultura (Jagiela, Stievano e Rocco, 2010). È necessario quindi costruire un percorso formativo specialistico volto a produrre un cambiamento nell'approccio assistenziale all'utente straniero e sono gli infermieri stessi a riconoscere il problema ed esprimono la volontà di voler approfondire gli aspetti teorico-pratici (Cipolla e Rocco, 2014; Festini et al., 2009; Jagiela, Stievano e Rocco, 2010; Gonella et al., 2014; Manara, Isernia e Buzzetti, 2013). Le modalità formative emerse come possibili strategie riguardano la formazione continua, attraverso corsi-convegni-congressi accreditati specifici sul Nursing Transculturale (Stievano e Bertolazzi, 2013) e centrati sulla relazione d'aiuto, la relazione di cura (concetto di salute-malattia, religione), e sulle pratiche assistenziali come l'igiene-cura di sé, la prevenzione e l'alimentazione (Gonella et al., 2014), ma anche sulle competenze comunicative, dialogiche, di counselling e di aiuto terapeutico (Manara, Isernia e Buzzetti, 2013). Altra modalità formativa dichiarata nello studio di Gonella et al. (2014) sono i corsi di aggiornamento aziendale; circa il 40% degli infermieri ritiene che la strategia più efficace per migliorare la competenza culturale sia una combi-

nazione di formazione didattica ed esperienziale (lezione con discussione seguita dai lavori di gruppo, attività di addestramento, filmati, tirocinio con tutoraggio). Con la formazione universitaria l'infermiere acquisisce gli strumenti necessari per poter leggere ed analizzare gli articoli scientifici, ma ad oggi risulta una tipologia formativa poco utilizzata, nonostante l'incremento costante di banche dati e strumenti scientifici reperibili online (Stievano e Bertolazzi, 2013). A livello aziendale potrebbe essere interessante l'idea di costituire un Comitato scientifico rappresentato da un gruppo di formatori di tipo multidisciplinare che in base agli obiettivi aziendali, potrebbero ideare un progetto formativo basato sui contenuti legati ai concetti di Transculturale ed Intercultura e la formulazione protocolli specifici (Gambera, Marucci e Pezzino, 2008).

CONCLUSIONI

A fronte del recente e continuo cambiamento demografico e sociale causato dall'immigrazione che comporta una variazione dei bisogni assistenziali della popolazione (Cicolini et al., 2015), si vogliono indagare ed analizzare le difficoltà percepite dagli infermieri italiani in riferimento all'assistenza erogata verso l'utenza

multietnica al fine di migliorare la pratica assistenziale. Dai dati emersi, si denota un miglioramento della formazione accademica di base ma che non sembra fornire soluzioni realmente fruibili all'atto pratico (Manara, Isernia e Buzzetti, 2013) per mancanza o insufficiente conoscenza degli aspetti culturali. È fondamentale che gli infermieri diventino culturalmente competenti per superare le disuguaglianze sanitarie al fine di soddisfare i bisogni di benessere e salute della persona assistita, riducendo i possibili conflitti etici (Stievano e Bertolazzi, 2013). Nei percorsi formativi, di ricerca e professionali di molti Paesi internazionali è stata introdotta la disciplina del transcultural nursing della Leininger, la quale offre un'assistenza culturalmente specifica ed in grado di formare operatori sanitari con competenza adeguate alle diversità presenti nelle varie culture. Inoltre unisce aspetti umanistici e scientifici incentrati su differenze e affinità nei sistemi di cura e nelle credenze sulla salute e sulla malattia (Agnolotti e Stievano, 2011; Gonella et al., 2014). Contestualizzare culturalmente l'intervento significa saper cogliere l'identità culturale del soggetto ed essere sostenuti per questo da un insegnamento appropriato; in quest'ottica l'incon-

tro utente-professionista non è più asimmetrico ed è la qualità della relazione nell'incontro tra i due mondi che rende entrambi protagonisti nella tutela e cura della salute (Bartolini et al., 2009). Nel contesto italiano l'infermiere dovrebbe rivedere il proprio ruolo alla luce della complessità mondiale e dei documenti internazionali di riferimento, come gli standard per la pratica culturalmente competente (Douglas et al., 2011) e creare strumenti atti a valutare le competenze culturali (Cicolini et al., 2015) o tradurre e validare nella lingua italiana strumenti presenti in letteratura (Bressan e Stevanin, 2014). Sarebbe inoltre rilevante rinnovare i settori disciplinari e revisionare le metodologie didattiche, cercando di rileggere le discipline in un'ottica transculturale, in modo da far affiorare il concetto trasversalmente (Piacentini e Fabriani, 2007). Essere infermiere significa possedere conoscenze e competenze acquisite ai vari livelli di formazione e anche con l'autoformazione, esserne promotori e contribuire al miglioramento dell'assistenza (articolo 11 del Codice Deontologico), anche a livello pratico nella gestione e nell'uso ottimale delle risorse (articolo 10 del Codice Deontologico) (IPASVI, 2009).

L'educazione continua in medicina (ECM) è necessaria per l'acquisizione di nuove conoscenze, abilità, attitudini utili a garantire un'attività professionale competente ed esperta, attraverso corsi di formazione, convegni e programmi specifici (nazionali ed aziendali) di infermieristica transculturale (Piacentini e Fabriani, 2007). Potrebbe essere interessante anche l'implementazione di laboratori per sviluppare la consapevolezza e la riflessione sulle tematiche della transculturalità (Papadopoulou et al., 2016). A questo proposito non sono stati reperiti approfondimenti specifici in letteratura; un pensiero personale in merito riguarda l'istituzione di momenti di riflessione sui sistemi di cura specifici a seconda delle culture più rilevanti in una determinata area geografica, attraverso lo scambio di esperienze tra professionisti che operano nei diversi campi o anche all'interno della propria Unità Operativa (con attività di Brainstorming), con possibilità di discutere casi e ricevere supervisione. Tali progetti verterebbero sul potenziamento delle skills e sulla comprensione culturale, con attività da strutturare quali Roleplaying e Focus group. I professionisti della salute devono conoscere le modalità di assistenza

sanitaria per gli stranieri e la normativa vigente, per poterli orientare nella rete dei servizi sanitari e garantire così il diritto all'accesso equo alle cure sanitarie (Gonella et al., 2014). L'acquisizione di conoscenze nel suddetto ambito associate alla conoscenza di specifici aspetti etico-deontologici e della normativa vigente in materia di immigrazione e di migrazione internazionale, può ottimizzare le prestazioni erogate agli utenti stranieri (Manara, Isernia e Buzzetti, 2013).

Una proposta di miglioramento per la pratica assistenziale potrebbe anche essere l'integrazione della comune scheda infermieristica per la raccolta dati già in uso, nella quale si indagano aspetti socio-sanitari e famigliari degli utenti immigrati per meglio comprendere gli aspetti legati alla cultura di appartenenza. Questa proposta ha l'obiettivo di creare degli standard assistenziali raggruppati per etnie di appartenenza e quindi meglio rispondere ai singoli bisogni assistenziali. Un accertamento mirato richiede tempo da parte dell'operatore ma risulterebbe efficace nell'ottenere dati per un'adeguata pianificazione assistenziale, rendendola "personalizzata" (Bertolini, Bombardi e Manfredini, 2009). Le

difficoltà di comprensione linguistica, riscontrate in tutti gli studi, possono impedire una corretta pratica assistenziale e vanno affrontate con programmi finalizzati ad intervenire sia sul piano della formazione che sul piano dell'organizzazione e della pratica infermieristica (Cipolla e Rocco, 2014). Sarebbe utile incrementare strategie per ridurre questa difficoltà, come la distribuzione del materiale informativo in più lingue o l'utilizzo di manuali pittografici con immagini come strumento facilitatore (Sili e Venturini, 2013); si potrebbe inoltre istituire corsi d'inglese professionalizzanti da parte delle aziende.

Dall'analisi degli studi emerge il servizio di mediazione culturale che consentirebbe la ricerca della continuità, la semplificazione delle procedure nell'accesso ai servizi rendendole più accessibili e implementazione della rete per ridurre l'isolamento sia della persona assistita sia del professionista. Ad oggi si riscontra una disomogeneità dei servizi in cui questa figura è presente a causa della situazione economica e delle risorse finanziarie disponibili (Bertolini, Bombardi e Manfredini, 2009), ma la sua implementazione e collaborazione faciliterebbe l'approccio assistenziale.

Una Commissione per promuovere l'immagine dell'infermiere e favorirne lo sviluppo nell'opinione dei cittadini e degli infermieri stessi, con l'aiuto dei social network e dei neo-laureati.

Sito Web e gestione social network

- Garantire un'informazione puntuale, rapida e il più possibile completa a tutti gli iscritti attraverso la ideazione, realizzazione ed aggiornamento di un nuovo sito internet.
- Formare i consiglieri all'utilizzo dei social network per consentirne uso appropriato, ma anche di promozione della figura dell'infermiere
- Coinvolgere consulta neolaureati ed i colleghi infermieri ad ogni livello al fine di stimolare una collaborazione attiva per mantenere vivo e patrimonio di tutti lo strumento web.

Ufficio Stampa

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

attività finalizzate al giusto riconoscimento sociale della professione

Rapporti con il Cittadino

- avvicinare infermieri e cittadini e migliorare la conoscenza reciproca, fornire indicazioni, formazione e informazione sanitaria utili nella vita quotidiana dei cittadini. Promossi incontri calendarizzati con l'Ordine dei Medici (Fig. 1).
- partecipare alla manifestazione Young 2018 (Fig. 2).

Agorà

- rinnovare, curare, ottimizzare il notiziario
- promuovere momenti di incontro sui posti di lavoro distribuendo il notiziario ed incontrando i colleghi : progetto "momenti di incontro con gli iscritti sui posti di lavoro"; per creare un dialogo attraverso il quale gli infermieri possano esprimersi non solo riguardo le problematiche lavorative ma aprirsi al confronto professionale tramite scambi di esperienze, proposte di nuovi modelli organizzativi o presentare progetti a beneficio della professione e dei cittadini.
- Contiamo sulla collaborazione di tutti al fine di poter creare un notiziario che soddisfi le vostre esigenze. Vi invitiamo a partecipare attivamente con l'attività della redazione inviando vostri scritti, recensioni di libri

e segnalando notizie interessanti e particolari.

Giornata Internazionale Infermiere 12 Maggio 2018 (Fig. 3)

- evento formativo aperto a Infermieri e Studenti Infermieri presso Biblioteca di Como con presenza Prof.ssa Marisa Cantarelli

3 Marzo 2018 il Santo Padre incontra gli infermieri

"Sono lieto di incontrarvi e, prima di tutto, vorrei esprimervi la mia riconoscenza e la mia stima per il lavoro così prezioso che svolgete verso tante persone e per il bene di tutta la società. Grazie, grazie tante"

Papa Francesco ha incontrato nell'Aula Paolo VI in udienza privata 6.500 infermieri guidati dal Comitato centrale della Federazione Nazionale degli Ordini e dalla Presidente, Barbara Mangiacavalli che ha offerto al Santo Padre come dono simbolico una prima edizione del 1.700 della vita del patrono degli infermieri San Camillo De Lellis.

Il Papa ha salutato la "neonata" Federazione degli Ordini, come l'ha definita e benedetto i lavori del suo primo congresso che si apre lunedì 5 marzo, ma ha sottolineato soprattutto il lavoro degli infermieri e la sua importanza per le persone che assistono.

"È davvero insostituibile – ha detto Papa Francesco – il ruolo degli infermieri nell'assistenza al malato."

Al pari di nessun altro, l'infermiere ha una relazione diretta e continua con i pazienti, se ne prende cura quotidianamente, ascolta le loro necessità ed entra in contatto con il loro stesso corpo, che accudisce. È peculiare l'approccio alla cura che realizzate con la vostra azione, facendovi carico integralmente dei bisogni delle persone, con quella tipica premura che i pazienti vi riconoscono, e che rappresenta una parte fondamentale nel processo di cura e di guarigione."

Il Papa si è rivolto agli infermieri sottolineando che "prendendovi cura di donne e di uomini, di bambini e anziani, in ogni fase della loro vita, dalla nascita alla morte, siete impegnati in un continuo ascolto, teso a comprendere quali siano le esigenze di quel malato, nella fase che sta attraversando. Davanti alla singolarità di ogni situazione, infatti – ha continuato –, non è mai abbastanza seguire un protocollo, ma si richiede un continuo – e faticoso! – sforzo di discernimento e di attenzione alla singola persona. Tutto questo fa della vostra professione una vera e propria missione, e di voi degli "esperti in umanità", chiamati ad assolvere un compito insostituibile di umanizzazione in una società distratta, che troppo spesso lascia ai margini le persone più deboli, interessandosi solo di chi 'vale', o risponde a criteri di efficienza o di guadagno".

**GLI INCONTRI SI TERRANNO IL MERCOLEDÌ DALLE ORE 17 ALLE ORE 19
IN PINACOTECA CIVICA DI COMO, VIA A. DIAZ 84**

<p>14 febbraio INCONTRO INAUGURALE IL MAL DI SCHIENA E L'ERNIA DISCALE Relatori: Neurochirurgo (dr. Silvio Domenico Bellocchi, dr. Simone Sangiorgi), Terapista del dolore (dr.ssa Gigliola Ceuti), Fisiatra (dr. Mario Cassi), Medico di famiglia (dr. Gianluigi Spata) Moderatore: Fisiatra (dr. Enrico Tallarita)</p> <p>21 febbraio LE ALLERGIE E LE INTOLLERANZE ALIMENTARI Relatori: Allergologo (dr.ssa Marina Russello), Gastroenterologo (dr.ssa Lucia Snider), Moderatore: Medico di famiglia (dr. Gianluigi Spata)</p> <p>7 marzo MALATTIE INFETTIVE DELL'INFANZIA E VACCINAZIONI Relatori: Pediatra (dr. Daniele Lietti), Pediatra (dr. Angelo Selicomi), Moderatore: Medico di famiglia (dr. Gianluigi Spata)</p> <p>21 marzo I "DOLORI" Relatori: Terapista del dolore (dr. Carlo Francesco Biundo, dr. Corrado Taitana), Reumatologo (dr.ssa Giuseppina Alfani) Moderatore: Medico di famiglia (dr. Galimberti Giovanni)</p> <p>4 aprile IGIENE DENTALE Relatore: Medico Chirurgo Odontoiatra (prof. Luca Levini), Igienista dentale Moderatore: Medico Chirurgo Odontoiatra (dr. Massimo Mariani)</p> <p>18 aprile IL MAL DI TESTA Relatore: Neurologo (dr. Franco Di Palma), Neurochirurgo (dr. Silvio Domenico Bellocchi, dr. Simone Sangiorgi), Moderatore: Medico di famiglia (dr. Giuseppe Enrico Rivolta)</p> <p>2 maggio LA PRESSIONE ALTA E LE CARDIOPATIE Relatori: Cardiologo (dr. Claudio Pini), Cardiologo (dr. Carlo Campana), Moderatore: Medico di famiglia (dr. Ilo Marco Fini)</p>	<p>16 maggio OSTEOPOROSI Relatori: Geriatra (dr. Domenico Pellegrino), Ortopedico (dr. Vincenzo Zottola), Moderatore: Medico di famiglia (dr. Ilo Marco Fini)</p> <p>30 maggio STILI DI VITA Relatori: Medico dello Sport (dr. Biagio Vincenzo Santoro), Endocrinologo (dr. Fabrizio Muratori), Testimonial (sportivo) Moderatore: Medico di famiglia (dr. Gianluigi Spata)</p> <p>19 settembre LE MALATTIE DELLA PELLE Relatori: Dermatologo (dr.ssa Amelia Locatelli dr. Roberto Regazzini, dr. Giuseppe Lembo), Infermiere Moderatore: Allergologo (dr.ssa Marina Russello)</p> <p>3 ottobre ICTUS Relatori: Neurologo (dr. Mario Guidotti), Neurologo (dr. Simone Vidale), Assistente Sociale (dr. Cesare Figini) Moderatore: Medico di famiglia (dr. Daniele Luraschi)</p> <p>17 ottobre ARRESTO CARDIACO E DEFIBRILLATORI Relatori: Cardiologo (dr. Giovanni Corrado), Cardiologo (dr. Giovanni Ferrari), Rianimatore 118 (dr. Simone Zerbì) Moderatore: Cardiologo (dr. Massimo Galli)</p> <p>7 novembre IL DIABETE Relatori: Diabetologo (dr. Alberto Molteni, dr. Giuseppe Carraro), Infermiere Moderatore: Medico di famiglia (dr. Gianluigi Spata)</p> <p>21 novembre I DISTURBI DELLA VISTA NELL'ANZIANO Relatori: Oculista (dr. Massimo Conti, dr. Lorenzo Spallino) Moderatore: Medico di famiglia (dr.ssa Maria Novella Del Sordo)</p>
---	--

Figura 1

COS'È YOUNG

È l'evento dedicato alle nuove generazioni. **Informa, orienta e accompagna** i ragazzi nel difficile e delicato momento della scelta formativa e professionale, presentandosi come una piattaforma di scambio tra domanda e offerta in campo scolastico e lavorativo. **YOUNG - Orienta il tuo futuro** si conferma uno **strumento fondamentale** a disposizione degli studenti ma anche dei genitori che sostengono i figli nella delicata fase del loro **percorso formativo**.

 <p>QUANDO E DOVE Arriverderci al 2018 Istruzione scolastica, formazione professionale, studi post-diploma e lavoro Larioffiere Como Lecco</p>	 <p>COSA TROVI Sono presenti le maggiori Scuole Secondarie di 2° livello, gli Istituti Professionali, i Centri di Formazione, le Università, le Accademie e gli Istituti Post-diploma; ma non solo. Istituzioni, Enti, Aziende, "Professioni in Divisa", Ordini e Collegi Professionali, Fondazioni e Associazioni presentano le opportunità riservate alle nuove generazioni.</p>	 <p>CONTENUTI Numerosi gli appuntamenti che consentono di raccogliere informazioni sulle diverse proposte formative, oltre ad aree dedicate ad incontri one-to-one e a conferenze di presentazione di Scuole e Università. Un'occasione unica di incontro con il mondo del lavoro per conoscere le reali opportunità occupazionali del territorio e gli strumenti per la comunicazione con le aziende.</p>
--	---	--

Figura 2

“Stando con i malati ed esercitando la vostra professione – ha aggiunto il Papa –, voi toccate i malati e, più di ogni altro, vi prendete cura del loro corpo. Quando lo fate, ricordate come Gesù toccò il lebbroso: in maniera non distrat-ta, indifferente o infastidita, ma attenta e amorevole, che lo fece sentire rispettato e accudito. Facendo così, il contatto che si stabilisce con i pazienti porta loro

come un riverbero della vicinanza di Dio Padre, della sua tenerezza per ognuno dei suoi figli. Proprio la tenerezza: la tenerezza è la “chiave” per capire l’ammalato. Con la durezza non si capisce l’ammalato. La tenerezza è la chiave per capirlo, ed è anche una medicina preziosa per la sua guarigione. E la tenerezza passa dal cuore alle mani, passa attraverso un ‘toccare’ le ferite pieno di rispetto e di amore.”

Ma il Papa non ha dimenticato i problemi che tutti i giorni affrontano gli infermieri nella loro professione, dando anche una tirata di orecchi a chi gestisce e programma la sanità. “Non stancatevi mai di stare vicini alle persone con questo stile umano e fraterno, trovando sempre la motivazione e la spinta per svolgere il vostro compito. Siate anche attenti, però - ha affermato con forza -, a non spendervi fino quasi a consumarvi, come accade se si è coinvolti nel rapporto coi pazienti al punto da farsi assorbire, vivendo in prima persona tutto ciò che accade loro. Quello che svolgete è un lavoro usurante, oltre che esposto a rischi, e un eccessivo coinvolgimento, unito alla durezza delle mansioni e dei turni, potrebbero farvi perdere la freschezza e la serenità che vi sono necessarie. State attenti! Un altro elemento che rende gravoso e talora

insostenibile lo svolgimento della vostra professione è la carenza di personale, che non può giovare a migliorare i servizi offerti, e che un’amministrazione saggia non può intendere in alcun modo come una fonte di risparmio”.

Papa Francesco davanti ai 6.500 infermieri ha anche avuto un momento di commozione personale ricordando un episodio della sua vita: “Vorrei rendere omaggio – ha detto il papa agli infermieri – a un’infermiera che mi ha salvato la vita. Era un’infermiera suora: una suora italiana, domenicana, che è stata inviata in Grecia come professoressa, molto colta... Ma sempre come infermiera poi è arrivata in Argentina. E quando io, a vent’anni, ero in punto di morte, è stata lei a dire ai dottori, anche discutendo con loro: “No, questo non va, bisogna dare di più”. E grazie a quelle cose, io sono sopravvissuto”.

Noi infermieri siamo il crocevia di mille relazioni. Non dimenticatevi della medicina delle carezze.

Formazione ECM



Ecco la programmazione dei corsi gratuiti 2018

EVENTO	DATA PROPOSTA	AGENZIA/DOCENTE
Lavorare con intelligenza emotiva in sanità due edizioni (una giornata per ogni edizione)	3 edizioni	Nocom Formazione Comunicazione e Coaching
Esperto in linguaggio del corpo e microespressioni facciali due giornate	2 edizioni	Nocom Formazione Comunicazione e Coaching
BLSD per sanitari	2 edizioni	Opi Varese
Corso METODOLOGIE DELLA RICERCA (DI BASE/AVANZATO)	1 edizione per ognuno	Formigoni Chiara-Reato Francesca
ECG PER SANITARI	2 edizioni	Opi Varese
BLEEDING CONTROL	1 edizione	B- Con Team: Isabella Garancini, Daniele Valsecchi, Lorenzo Nicoletti
IMPARIAMO DAGLI ERRORI	1 edizione	Paola Zappa



BLEEDING CONTROL: STOP THE BLEED, SAVE A LIFE

Il sanguinamento massivo e incontrollabile è, al pari dell'arresto cardiaco, una tra le emergenze più tempo dipendenti in assoluto e la prima causa di morte prevenibile nel trauma. Ogni anno, infatti, solo negli Stati Uniti muoiono più di 30000 persone per sanguinamenti che si sarebbero potuti evitare con delle manovre semplici e salvavita, alla portata di laici e sanitari. L'idea di un corso di gestione dell'emorragia massiva nasce dopo l'analisi condotta sugli esiti riportati dai coinvolti nell'attentato alla Maratona di Boston del 2013, dove, ad eccezione dei 3 decessi immediati per l'effetto delle bombe, nessuno dei 264 feriti (di cui 66 con ferite alle estremità e 16 con amputazioni) morì per il sanguinamento incontrollato. Tale eclatante risultato fu spiegato dalla presenza alla maratona di veterani di guerra, poliziotti, paramedici e vigili del fuoco fuori servizio che avevano ricevuto l'adeguata formazione per il soccorso tattico e la gestione delle emorragie massive, tant'è che ai feriti furono applicati ben 27 tourniquet, prima che arrivassero i soccorsi organizzati. Da questi eventi nacque il progetto *Bleeding Control: Stop the Bleed, Save a Life*, finanziato dalla Casa Bianca e in collaborazione con American College of Surgeons (ACS), che sta tuttora sviluppando e promuovendo la campagna a livello internazionale. L'obiettivo è quello di insegnare a chiunque, in poche ore, le semplici ed essenziali manovre per il trattamento precoce di emorragie pericolose per la vita. Il corso è stato importato ufficialmente in Italia all'inizio del 2017, e, in un solo anno, sono state formate 388 persone, su 13 città diverse, in 5 regioni differenti per un totale di 27 corsi erogati da poco meno di 10 istruttori riconosciuti dall'ACS, ponendo l'Italia come secondo Paese in Europa (dietro la Spagna) e quinto nel mondo per numero di persone formate, con un'ottima risposta da parte dei laici e dei sanitari.



Durante il corso, dopo una breve lezione teorica introduttiva, saranno mostrati gli strumenti più idonei al trattamento dell'emorragia con scenari di simulazione sempre più complessi. È in ambito civile, nella vita di tutti i giorni, che l'emorragia incontrollata miete le sue vittime, a causa di incidenti domestici, sportivi, sul lavoro, senza contare, purtroppo, la minaccia terroristica a livello globale. Pressoché ogni sanitario è, o dovrebbe, essere in possesso di una certificazione BLSD: è tanto importante conoscere le manovre di gestione delle emorragie quanto quelle di gestione di un arresto cardiaco, perché ognuno di noi può essere l'aiuto prima che arrivi aiuto.

A cura di Isabella Garancini e Lorenzo Nicoletti

Gli obiettivi per la realizzazione di eventi formativi per l'anno 2018 destinati ai propri iscritti (e non solo) che si distinguono per "originalità" e per "utilità professionale", dando la possibilità anche a chi lavora presso strutture carenti sul versante della formazione, di potersi mantenere aggiornati secondo la filosofia del long life learning. I corsi organizzati pertanto, non si distinguono

per numerosità quanto per ricerca di qualità dei contenuti trasmessi. Relativamente alla partecipazione agli eventi formativi, il CD ha deliberato per tutto il 2018 l'accesso gratuito riservato agli iscritti iscritti all'Ordine OPI di Como, mentre per gli iscritti al altri collegi propone di mantenere un costo di iscrizione pari ad € 40,00. Altro obiettivo della commissione previsto per il prossimo

anno riguarda la raccolta dei bisogni formativi degli iscritti attraverso utilizzo del questionario di gradimento durante i corsi per cercare di ottimizzare al meglio la richiesta da parte dei destinatari dei corsi. Il cuore del programma annuale riguarda il Congresso che si realizzerà il 12 maggio 2018 in occasione della celebrazione della giornata internazionale dell'Infermiere presso la Bi-

blioteca Civica del Comune di Como, esteso agli studenti del CDL in Infermieristica dell'Università Insubria della sede di Como. Saranno presenti due figure importanti per la nostra professione: B.Mangiavalli, presidente FNOPI e M.Cantarelli, ospite d'onore, che eseguirà una lectio magistralis e premierà 3 studenti del corso di laurea che hanno svolto l'elaborato migliore.



Nasce la nuova Consulta Neolaureati



Alessandro D'Angelo

Marco Cavallasca

Imo Pezzola

Silvia Fiori

Elisa Corradi

Scopo di quest'organo alle direttive dell'OPI Como è quello di fungere da ponte di passaggio tra l'ultimo anno del CdI in Infermieristica e il mondo del lavoro. Sarà impegnata dunque nel promuovere la professione sin dalla fase della formazione, stimolando a conoscere in maniera sempre più approfondita e partecipata la professione, fino all'ingresso nel mondo del lavoro, fornendo consi-

gli e suggerimenti grazie ai racconti di colleghi neolaureati o con esperienza. Aiuterà inoltre a garantire un aggiornamento costante grazie alla pubblicazione di riflessioni o revisioni di studi recenti ed articoli.

Attualmente la Consulta neo laureati è così composta:

- D'Angelo Alessandro (referente diretto della consulta per OPI Como, membro della commis-

sione Immagine Agorà - attualmente infermiere di terapia intensiva c/o Ospedale di Gravedona)

- Cavallasca Marco (studente del 3 anno del Corso di Laurea in Infermieristica sede di Como)
- Pezzola Imo (laureatosi presso Università in subria di Como appassionato di montagna e al momento infermiere c/o RSA "Villa San Benedetto-nucleo stati ve-

getativi" ad Albese con Cassano)

- Fiori Silvia (laureatasi presso l'Università di Milano e attualmente impegnata in una struttura riabilitativa per malattie neurologiche degenerative)
- Corradi Elisa (laureata presso l'Università degli studi del l'insubria e infermiera presso rsa "Villa Stefania" a Sala Comacina).

Infermiere nelle emergenze

Sono aperte le iscrizioni al Cives

“L'uomo non è un'isola” è lo slogan di un recente spot pubblicitario di una famosa catena di supermercati. La frase, tratta dal titolo di un libro del monaco Thomas Merton, potrebbe essere sottoscritta da tutte le persone che si occupano di volontariato ed è sorprendente che sia contenuta in quello che è l'esempio più chiaro della nostra società consumistica (oltre che individualista). Le pubblicità non tendono mai solo a vendere un prodotto, ma anche una visione di vita e una visione dell'uomo. E allora forse anche le aziende, che certo non hanno come mission quella di aumentare il benessere delle persone, non possono più non tener conto di alcuni elementi fondanti l'essere umano e la vera realizzazione dei suoi bisogni più profondi. Bisogni che spesso vengono soddisfatti anche all'interno di associazioni senza fini di lucro. Proprio come il CIVES. Il Coordinamento Infermieri Volontari Emergenze Sa-

nitarie è, infatti, una delle migliaia di associazioni che in Italia si occupano di assistenza sociale e di sanità. Questi due ambiti rappresentano insieme il 55% delle associazioni di volontariato e ciò probabilmente indica che proprio attraverso l'aiuto dato ad altre persone in stato di bisogno si soddisfano anche alcuni propri bisogni umani. Secondo alcuni Autori, è realizzando insieme ad altri opere che perseguono il Bello, il Giusto e il Vero si può raggiungere l'autorealizzazione, quella sorta di felicità (umana, terrena) che ci fa sentire la vita come piena e degna di essere vissuta. Ecco, oltre al lavoro remunerato e alle relazioni intime autentiche e accettanti, è attraverso il dono di sé, del proprio tempo e delle proprie competenze che si può realizzare se stessi: l'associazionismo è proprio una stradata per la piena realizzazione di sé. È su queste basi che la cooperazione verso uno stesso fine di accoglienza

e aiuto è ciò che caratterizza il CIVES. Nello specifico il CIVES nasce (nel 1998) per affiancare la protezione civile durante le emergenze che periodicamente si presentano sul territorio nazionale; assicura, durante catastrofi naturali o meno, la presenza di figure infermieristiche che possano intervenire, in collaborazione con altre figure professionali, alla riduzione del disagio psicofisico. Ma come spesso succede per le persone, col tempo, il CIVES ha assunto nuovi ruoli e compiti, per esempio organizza corsi formativi e informativi nelle scuole su temi legati alla salute (per esempio corsi BLS-BLSD oppure fornisce corsi di orientamento alla professione infermieristica), fornisce supporto infermieristico a campi scuola (esempio per il campo estivo con disabili dell'associazione “Il sole nel cuore” di Legnano), manifestazioni (per esempio allestendo presso feste varie uno stand per le

dimostrazioni di pratiche infermieristiche) o a luoghi dove l'emarginazione e la povertà si evidenzia anche attraverso bisogni sanitari (campo migranti di Como). Sicuramente in futuro sarà ancora chiamato verso altri nuovi bisogni emergenti...

Tutto questo impegno non è, naturalmente, affidato al caso, all'improvvisazione o al dilettantismo. Il CIVES si è dato una struttura per meglio rispondere alle esigenze a cui è chiamato: il territorio della Nazione è diviso in Province, l'organizzazione provinciale a sua volta confluisce nel nucleo nazionale. Potete immaginare lo sforzo necessario per mantenere una struttura così capillarmente diffusa e altamente professionale su tutto il territorio italiano!

Ma torniamo alla domanda implicita che ci ponevamo prima: cosa ci spinge a dedicare tempo ed energie, sottraendole a svaghi e riposo, al Cives?

Le risposte che noi volontari di primo acchito possiamo dare potrebbero sembrare differenti e magari in opposizione, ma se andiamo poi a scavare ciò che sta dietro la prima risposta credo che ritroveremo proprio quei bisogni profondamente umani di legami e di aiuto di cui parlavo prima. Può sembrare retorica sdolcinata, ma un sorriso e un grazie sono

CIVES – SONO APERTE LE ISCRIZIONI

Possono aderire al CIVES tutti gli Infermieri e gli Infermieri pediatrici, regolarmente iscritti all'ordine delle professioni infermieristiche. Qualora un socio, per qualsiasi motivo, cessasse di essere iscritto al proprio Ordine delle professioni infermieristiche, decadrà anche dalla posizione di socio dell'Associazione. Con l'iscrizione all'Associazione ogni socio si impegna al rispetto del presente statuto. Come aderire a CIVES?

Per aderire a Cives ogni socio deve compilare il Form Online dell'iscrizione Ordinaria, si consiglia di avere effettuato, prima dell'iscrizione, il pagamento della quota sociale e dunque di avere a portata di mano, il numero della ricevuta. Compilando e inviando il form si accetta il trattamento dei dati personali secondo art 13 dlgs 196/2003. (Clicca QUI per maggiori informazioni)

Il versamento di Euro 35,00 deve essere effettuato attraverso bonifico bancario sul conto corrente intestato a:

COORDINAMENTO INFERMIERI VOLONTARI EMERGENZA SANITARIA CIVES ONLUS

IBAN: IT55 W033 5901 6001 0000 0010 557

Banca Prossima Gruppo Intesa Sanpaolo Milano

Causale: Nome, Cognome, Iscrizione Cives 2018

Condizione necessaria alla registrazione è anche l'Invio del Documento di Identità tramite il nostro form online. Il file deve essere unico e non superiore a 10 Mb di memoria.

Per i Soci di tipo Operativo, è obbligatoria la compilazione del form apposito: Registrazione dei Soci Operativi.

Referenti OPI Como:

Sandro Tangredi

movimentazionenuvole@alice.it

mobile: 333.61.00.562

Massimo Franzin

io@massimofranzin.it

mobile: 380.25.61.292

fonte: <http://associazionecives.org/web/aderisci-a-cives-2/>



spesso la nostra unica ragione di impegno. Più sembrare poco... ma solo a chi non ha mai provato a spendersi per un altro. Del resto è anche un modo per restituire gratuitamente ciò che altri ci hanno donato sem-

pre gratuitamente: la vita prima di tutto, ma anche tutti quei comportamenti e affetti che ci hanno reso ciò che siamo oggi. Siamo esseri sociali, 'strasociali', e anche molto intelligenti e molto emotivi: un buon

modo per mettere in pratica tutte le nostre potenzialità è quello di far parte del CIVES.

Una parte di risposta a chi mi chiede cosa sono e cosa perseguo è: sono un volontario CIVES.

Hanno collaborato

Infermieri autori e relatori delle pubblicazioni

ALESSANDRO
D'ANGELO

Infermiere di area critica presso
l'Ospedale di Gravedona.
Referente della Consulta
NeoLaureati dell'OPI Como.

GIUSEPPE
CHINDAMO

Infermiere presso l'ASST
Lariana, consigliere OPI
Como, commissione
formazione e ricerca. Master
in Coordinamento delle
professioni infermieristiche.

FEDERICA
VIGANO'

Infermiera presso la Sala
Angiografica dell'Ospedale
Valduce. Consigliere OPI Como,
commissione Immagine.

ELENA CAVADINI

Infermiera presso il CAL OSA.
Consigliere OPI Como
per più mandati.

ALESSANDRA
KISZKA

Infermiera di area critica presso
l'ASST Lariana. Master in ricerca e
studentessa - Laurea Magistrale
in Scienze Infermieristiche -
Bicocca

GUIDO CAIRONI

Infermiere presso l'AREU
Lombardia - SOREU Laghi - AAT
Como - Già docente a contratto
di Infermieristica Clinica -
Guida Alpina Esperta.

CLAUDIO MORELLI

Infermiere di area critica presso
l'ASST Lariana - Master in Area Critica
presso l'Università Bicocca - Master
in 118.

CHIARA PAPALINI

Infermiera laureata all'Università
degli Studi dell'Insubria.



GIORNATA INTERNAZIONALE DELL'INFERMIERE 2018



SABATO 12 MAGGIO
DALLE 8.30 ALLE 17.00

Aula Magna
Biblioteca Comunale
Piazzetta Venosto Lucati 1
COMO

E' stato richiesto l'accreditamento all'interno del Programma Educazione Continua in Medicina - 4,2 ECM

CONVEGNO

Gli ambiti disciplinari nell'era degli ordini delle professioni infermieristiche

organizzato da



OPI COMO
Ordine delle Professioni Infermieristiche

patrocinato da



Sistema Socio Sanitario
Regione Lombardia
ATS Insubria
ASST Lariana



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI
DELL'INSUBRIA



ORDINE PROVINCIALE
DEI MEDICI CHIRURGHI
E DEGLI ODONTOIATRI
DI COMO



ORDINE
DEI FARMACISTI
DI COMO

