

Luglio
2019 - N. 66

ISSN 2281-9479

Algorà

PERIODICO DI INFORMAZIONE DELL'ORDINE DI COMO



**Il Nuovo Codice
Deontologico 2019** P. 5

DI DARIO CREMONESI

La Nuova Sede P. 8

DI MANUELA ALUNNI E MASSIMO FRANZIN

**Il vissuto
dei familiari
di persone sottoposte
a sedazione palliativa
nell'imminenza
della morte** P. 31

DI ROBERTA GRASSO



OPI COMO

Ordine delle Professioni Infermieristiche

Agorà

Luglio 2019 - N. 66

Direttore Responsabile:

Dario Cremonesi

Vice Direttore e Capo Redattore

Massimo Franzin

Comitato di Redazione:

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

Segreteria di Redazione:

Daniela Sereni, Daniela Zanini

Sede, Redazione, Amministrazione:

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

Proprietario:

OPI Como

Impaginazione e stampa:

Elpo Edizioni - Como
www.elpoedizioni.com

Quadrimestrale Informativo dell'Ordine delle Professioni
Infermieristiche di Como

Pubblicazione autorizzata dal Tribunale di Como
con decreto 1/98 del 09/02/1998

Per contattarci:

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

Lettere alla Redazione:

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

Per scaricare la rivista online:

www.opicomo.it
AGORA'

FOTO IN COPERTINA

Vienna, Austria. Infermiere incontra in ospedale
il neonato dopo averlo assistito con la sua mamma
durante le fasi del parto nell'extra-ospedaliero.

Per gentile concessione
di Daniel Knogler @viemedic

L'Editoriale

GENERARE VALORE:

Dal Nuovo Codice Deontologico 2019
alle prospettive per realizzare
la riforma del SSR nel territorio lariano

di Dario Cremonesi

L'Ordine Informa

5 Il Nuovo Codice Deontologico 2019

8 La nostra nuova sede

14 Iscrizioni e cancellazioni

L'Evento

10 Il ruolo dell'infermiere nella gestione del traumatizzato
grave

13 Social Education

12 maggio 2019

12 #NURSES2CARE: la capacità di generare valore

L'infermiere altrove

16 Il soccorso in ambiente montano

21 Verde... mi piace!

L'infermiere nella storia

22 1915-1918 Medicina, clinica ed assistenza
infermieristica in grigioverde

Diritto e rovescio

30 Polizza assicurativa FNOPI

43 La speciale competenza dell'Infermiere nelle consulenze
peritali nell'applicazione del Protocollo d'intesa CSM,
CNF, FNOPI

L'infermiere nelle cure palliative

31 Il vissuto dei familiari di persone sottoposte a sedazione
palliativa nell'imminenza della morte

Infermieri in area critica

38 Stop the bleeding

Commissione formazione

40 Nasce la rete nazionale referenti ECM

41 Offerta formativa

Commissione immagine

42 Serata di educazione alla popolazione cosa fare e
soprattutto cosa non fare

Infermiere e solidarietà

44 Giornata Internazionale dell'Infermiere 2019

46 Incontro conclusivo del percorso "Assistenza sanitaria
ai migranti"

47 Senegal, novembre 2018

Letti per voi

50 Non dirmi che hai paura - Medicina e Montagna - I rami
del cedro

Gruppo Giovani Opi Como

51 Nasce il Gruppo Giovani Provinciale

GENERARE VALORE:

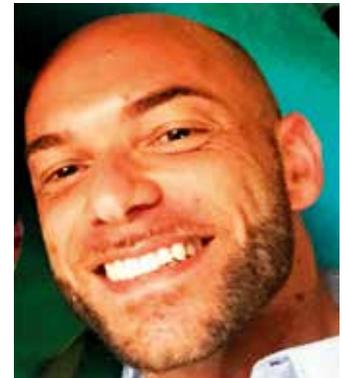
Dal Nuovo Codice Deontologico 2019 alle prospettive per realizzare la riforma del SSR nel territorio lariano

In occasione della Giornata Internazionale dell'Infermiere, si è svolto nel suggestivo contesto medievale del Comune di Olgiate Comasco, il 2° Convegno dell'Ordine delle Professioni Infermieristiche della Provincia di Como. Sulla scorta dell'iniziativa proposta lo scorso anno, a pochi mesi dalla trasformazione dei Collegi IPASVI in Ordini Professionali mediante la Legge 3 del 2018, abbiamo scelto di dare continuità alla riflessione sugli ambiti disciplinari della professione infermieristica, che aveva animato l'iniziativa passata, lanciando l'hashtag **#nurses2care**, e orientando il nuovo confronto alla "capacità di generare valore". Numerosi gli interventi di significato che si sono avvicinati con l'intento di esprimere appunto, quanto oggi la professione infermieristica possa vantare iniziative formative con importanti effetti di riverbero assistenziale, progetti di ricerca, modelli organizzativi innovativi efficaci ed efficienti, che producano appunto attività "a valore", tutti promossi e implementati da

professionalità di elevato profilo. Abbiamo scelto anche di sfumare i confini territoriali del confronto, invitando colleghi impegnati in attività di docenza e formazione, ricerca e management, provenienti da altri contesti organizzativi e assistenziali, al fine di generalizzare e socializzare dal nostro canto, le pregevoli esperienze che qualificano la professione nelle diverse realtà assistenziali della provincia comasca.

Per la professione infermieristica il termine **valore**, s. m. [dal lat. tardo (in glosse) *valor-oris*, der. di *valere*: v. *valere*] assume significati molteplici, in particolare se analizzato lungo la linea del tempo: dal costante richiamo alle radici professionali, all'*hic et nunc* dello status professionale nel complesso panorama del SSN, sino ad arrivare, attraverso una visione prospettica, alle sfide future derivanti dall'attenta e costante analisi di nuovi e possibili setting assistenziali. Se in senso lato il termine "valore" richiama l'idea di forza, di capacità fisica e psichica, o assume valenza di coraggio e ardi-

mento dimostrati in eventi bellici, riferendoci più nel dettaglio alla disciplina infermieristica, il "valore" indica il possesso di alte doti intellettuali e morali, o alto grado di **capacità professionale**. Sempre in un'ottica, risulta evidente come la matrice storica dei valori professionali, e di conseguenza dei principi che da essi derivano, sprigioni un imponente eco sull'attualità dell'assistenza infermieristica. L'imprescindibile nesso con l'evoluzione deontologica della professione infermieristica, permette di leggere il significato di "valore" attraverso i comportamenti sociali, intesi come condizione o stato che il singolo professionista o la collettività professionale reputano desiderabili, assumendoli a criterio di valutazione dell'agire professionale, con un sistema di valori proprio. Il "valore" è quindi inteso anche come elemento costitutivo della struttura sociale su cui si manifesta l'adesione collettiva delle comunità professionali, mutando dapprima in principio, per esitare in norma.



Dario Cremonesi
Presidente Ordine
delle Professioni
Infermieristiche
Provincia di Como

Ecco come un semplice vocabolo dal significato dirompente, abbia tracciato dal 1960 la strada maestra che ha condotto il Consiglio Nazionale ad approvare il Nuovo Codice Deontologico delle Professioni Infermieristiche, nella seduta del 13 Aprile 2019. In un'intelaiatura di 8 capi, si susseguono 53 articoli titolati a comporre uno strumento solido, moderno, innovativo ed innegabilmente potente, quale esito di un percorso durato anni, degnamente presidiato da un gruppo di esperti e costantemente concertato con una pluralità di portatori di interesse. Nelle battute finali, il definitivo riscontro di un ampio accordo e di un'emozionante soddisfazione tra i Presidenti degli OPI provinciali e il Comitato Centrale, chiamati congiuntamente ad esprimersi su ciascun articolo del nuovo documento.

Tra le innumerevoli e annose sfide che la nostra professione dovrà affrontare, imperversa la necessità che il Codice Deontologico, a misura di

Continua a pag. 4

infermiere, venga quindi colto nell'animus, ossia dall'intenzione al proposito, intesi come elementi costitutivi del comportamento professionale, al fine di padroneggiare con determinazione lo strumento, a supporto dei professionisti, a tutela della professione infermieristica e nel costante interesse dei cittadini e nel rispetto del diritto alla cura. Nell'ammodernata cornice deontologica, arricchita per genesi da un panorama normativo caratterizzato da importanti cambiamenti in materia di sicurezza e responsabilità professionale, nonché dall'enfasi sull'autodeterminazione del cittadino – utente, si coniugano ancora una volta gli ambiti disciplinari, nell'auspicabile direzione di continuare ad esprimere il valore che muove l'esercizio professionale, al pari di rendere tangibile la capacità di generare di nuovo. Nel porre a sistema quanto sin'ora richiamato con la costante necessità di aggregazione e unità di intenti della comunità professionale, vista anche come ambizione, è altresì indispensabile ricondurre il focus a dati di realtà, affinché dall'oggettività si traggano spunti per orientare un fattivo contributo volto a sostenere, costruire/ricostruire, innovare/rinnovare le complessità del sistema salute.

Se è vero che il setting di cura esprime nella sua reingegnerizzazione una lettura costante e puntuale del mutato contesto, è altrettanto vero che gli obiettivi a tendere, ossia l'implementazione di aree di produttività e responsabilità a valenza territoriale, non possano non considerare cosa stia accadendo oggi nei contesti istituzionalizzati, con vocazione prevalente alla gestione dell'acuzie.

La città di Como e la sua provincia vantano ingranaggi essenziali per questi obiettivi: strutture d'avanguardia, professionalità di spicco, tecnologie moderne e competitive. Ma non di meno, le stesse strutture sono sottoposte a difficoltà che risultano evidenti agli occhi di chiunque: coniugare risorse risicate, che hanno un'incombente prospettiva di uscita dal sistema, con un enorme potenziale da evadere. Le stesse strutture, peraltro, costituiscono il punto di riferimento e raccolta per cittadini – utenti – pazienti che presentino un bisogno manifesto o inespresso di salute, sia esso urgente/emergente o percepito come tale, sia esso ascrivibile alla logica d'elezione e delle annose liste d'attesa, saturando le risorse di capacità dei servizi di Pronto Soccorso e delle diverse aree di degenza. È quindi chiaro che chiunque sia in possesso di facoltà professionali individuali o collettive, per competenza o per mandato, come accade agli stessi ordini professionali che insistono sulle province, abbia il dovere di supportare il territorio in senso lato – ovvero i professionisti che lo popolano – affinché assieme alle strutture, o su mandato regionale, si formulino ipotesi concrete e realizzabili, per garantire la sostenibilità del sistema locale e, contemporaneamente, offrire al cittadino la decodifica necessaria al proprio bisogno di salute, in un setting ideale e adeguato. Il territorio è contemporaneamente il maggiore e migliore ambiente di sviluppo dell'assistenza infermieristica, non solo per il fatto che gli infermieri, che da tempo stanno orientando la propria mission professionale ai servizi di prossimità, comunità e domicilio, ma anche per le stesse Regioni (Mangia-

cavalli B., 2019). Regione Lombardia, infatti, è in tal senso divenuta il commitment privilegiato per l'attivazione di tavoli tecnici ad hoc, in cui il Coordinamento Regionale degli OPI Lombardi, unitamente agli Atenei di Milano e al Comitato degli Infermieri Dirigenti, sono stati chiamati a misurarsi con gli obiettivi strategici di attuazione della Legge Regionale 23/2015, partendo proprio dall'analisi sistematica di fattori e criticità contingenti, per giungere all'elaborazione di proposte per le "Degenze di Comunità" inserite nelle "Cure di Transizione", nonché sulla figura dell'Infermiere di Famiglia e di Comunità, a testimonianza della funzione di rappresentanza professionale che gli Ordini desiderano esercitare a pieno titolo, esprimendo la valorizzazione e lo sviluppo delle competenze professionali esperte e specialistiche, tenendo conto dei diversi livelli di formazione post base perseguibili. Quale input ha mosso queste proposte? La professione infermieristica è matura: gli infermieri desiderano impegnarsi nell'ammodernamento del sistema, non in modo isolato ed ancor meno autoreferenziale, bensì favorendo logiche di network interprofessionale, mediante buone pratiche ed evidenze scientifiche, attraverso la misurazione di outcome assistenziali e organizzativi, generando impact, altrimenti detto, un valore nuovo che abbia effetto benefico sulla salute del cittadino. La metafora della rete esprime quindi un must per il sistema sanitario: se i professionisti, indipendentemente dalla formazione di provenienza e del profilo professionale di appartenenza, saranno in grado di strutturare alleanze professionali, non solo non perderanno

no dettagli di cui ciascun paziente è portatore, ma amplieranno la gamma d'offerta intercettando – mediante un link diretto tra ospedale e territorio – le strategie più efficaci per risolvere annosi problemi quali il sovraffollamento dei Servizi di Pronto Soccorso, la violenza a danno degli operatori, la gestione delle liste d'attesa o dei posti letto e, per contro, incontreranno le istanze di cittadini che fisiologicamente, nessuno escluso, preferirebbero poter beneficiare di cure e assistenza al domicilio, o in contesti agevolati e strutturati ad hoc, per bisogni caratteristici di cronicità e fragilità. Se pensiamo al modello in vigore nei contesti di urgenza – emergenza territoriale, riguardante l'attività autonoma degli infermieri a bordo dei mezzi di soccorso, mediante algoritmi validati e in collegamento con medici di sala operativa, nonostante il comprensibile scetticismo iniziale, possiamo affermare che la Lombardia, e ancor prima l'allora S.S.U.Em. 118 di Como, siano stati apripista virtuosi di condivisione delle responsabilità tra medico e infermiere. Oggi questo modello è stato esportato in altri contesti e altre Regioni, a dimostrazione del fatto che le progettualità condivise, nel rispetto della professionalità di ciascun attore coinvolto, rendano realizzabili percorsi da disegnare congiuntamente. Certamente non sarà semplice, ciclicamente risulterà impossibili, probabilmente richiederà tempo, ma certamente porrà obiettivi sfidanti, proprio poiché orientati al mantenimento e miglioramento nel tempo dell'equilibrio del sistema, alla tutela del bene salute, a generare valore.

**Il Presidente
Dott. Dario Cremonesi**

Il Nuovo Codice Deontologico 2019



TESTO APPROVATO DAL CONSIGLIO NAZIONALE IL 13 APRILE 2019

CAPO I PRINCIPI E VALORI PROFESSIONALI

Art. 1 – Valori

L'Infermiere è il professionista sanitario, iscritto all'Ordine delle Professioni Infermieristiche, che agisce in modo consapevole, autonomo e responsabile. È sostenuto da un insieme di valori e di saperi scientifici. Si pone come agente attivo nel contesto sociale a cui appartiene e in cui esercita, promuovendo la cultura del prendersi cura e della sicurezza.

Art. 2 – Azione

L'Infermiere orienta il suo agire al bene della persona, della famiglia e della collettività. Le sue azioni si realizzano e si sviluppano nell'ambito della pratica clinica, dell'organizzazione, dell'educazione e della ricerca.

Art. 3 – Rispetto e non discriminazione

L'Infermiere cura e si prende cura della persona assistita, nel rispetto della dignità, della libertà, dell'eguaglianza, delle sue scelte di vita e concezione di salute e benessere, senza alcuna distinzione sociale, di genere, di orientamento della sessualità, etnica, religiosa e culturale. Si astiene da ogni forma di discriminazione e colpevolizzazione nei confronti di tutti coloro che incontra nel suo operare.

Art. 4 – Relazione di cura

Nell'agire professionale l'Infermiere stabilisce una relazione di cura, utilizzando anche l'ascolto e il dialogo. Si fa garante che la persona assistita non sia mai lasciata in abbandono coinvolgendo, con il consenso dell'interessato, le sue figure di riferimento, nonché le altre figure professionali e istituzionali. Il tempo di relazione è tempo di cura.

Art. 5 – Questioni etiche

L'Infermiere si attiva per l'analisi dei dilemmi etici e contribuisce al loro appro-

fondimento e alla loro discussione. Promuove il ricorso alla consulenza etica e al confronto, anche coinvolgendo l'Ordine Professionale.

Art. 6 – Libertà di coscienza

L'Infermiere si impegna a sostenere la relazione assistenziale anche qualora la persona assistita manifesti concezioni etiche diverse dalle proprie.

Laddove quest'ultima esprima con persistenza una richiesta di attività in contrasto con i valori personali, i principi etici e professionali dell'infermiere, egli garantisce la continuità delle cure, assumendosi la responsabilità della propria astensione. L'infermiere si può avvalere della clausola di coscienza, ricercando costantemente il dialogo con la persona assistita, le altre figure professionali e le istituzioni.

CAPO II RESPONSABILITÀ ASSISTENZIALE

Art. 7 – Cultura della salute

L'Infermiere promuove la cultura della salute favorendo stili di vita sani e la tutela ambientale nell'ottica dei determinanti della salute, della riduzione delle disuguaglianze e progettando specifici interventi educativi e informativi a singoli, gruppi e collettività.

Art. 8 – Educare all'essere professionista

L'Infermiere, nei diversi ruoli, si impegna attivamente nell'educazione e formazione professionale degli studenti e nell'inserimento dei nuovi colleghi.

Art. 9 – Ricerca scientifica e sperimentazione

L'Infermiere riconosce il valore della ricerca scientifica e della sperimentazione. Elabora, svolge e partecipa a percorsi di ricerca in ambito clinico assistenziale, organizzativo e formativo, rendendone disponibili i risultati.

Art. 10 – Conoscenza, formazione e aggiornamento

L'Infermiere fonda il proprio operato su conoscenze validate dalla comunità scientifica e aggiorna le competenze attraverso lo studio e la ricerca, il pensiero critico, la riflessione fondata sull'esperienza e le buone pratiche, al fine di garantire la qualità e la sicurezza delle attività. Pianifica, svolge e partecipa ad attività di formazione e adempie agli obblighi derivanti dal programma di Educazione Continua in Medicina.

Art. 11 – Supervisione e sicurezza

L'Infermiere si forma e chiede supervisione, laddove vi siano attività nuove o sulle quali si abbia limitata casistica e comunque ogni qualvolta ne ravvisi la necessità.

CAPO III RAPPORTI PROFESSIONALI

Art. 12 – Cooperazione e collaborazione

L'Infermiere si impegna a sostenere la cooperazione con i professionisti coinvolti nel percorso di cura, adottando comportamenti leali e collaborativi con i colleghi e gli altri operatori. Riconosce e valorizza il loro specifico apporto nel processo assistenziale.

Art. 13 – Agire competente, consulenza e condivisione delle informazioni

L'Infermiere agisce sulla base del proprio livello di competenza e ricorre, se necessario, alla consulenza e all'intervento di infermieri esperti o specialisti. Presta consulenza ponendo i suoi saperi e abilità a disposizione della propria e delle altre comunità professionali e istituzioni. Partecipa al percorso di cura e si adopera affinché la persona assistita disponga delle informazioni condivise con l'equipe, necessarie ai suoi bisogni di vita e alla scelta consapevole dei percorsi di cura proposti.

Art. 14 – Posizione di protezione

L'Infermiere che rilevi uno stato di alterazione di natura psicofisica di un professionista o di altro operatore nelle sue funzioni, a qualunque livello di responsabilità, si adopera per proteggere e tutelare le persone assistite, la professione e il professionista, anche effettuando le opportune segnalazioni.



Art. 15 – Informazioni sullo stato di salute

L'Infermiere si assicura che l'interessato o la persona da lui indicata come riferimento, riceva informazioni sul suo stato di salute precise, complete e tempestive, condivise con l'equipe di cura, nel rispetto delle sue esigenze e con modalità culturalmente appropriate. Non si sostituisce ad altre figure professionali nel fornire informazioni che non siano di propria pertinenza.



Art. 16 – Interazione e integrazione

L'Infermiere riconosce l'interazione e l'integrazione intra e interprofessionale, quali elementi fondamentali per rispondere alle richieste della persona.

CAPO IV RAPPORTI CON LE PERSONE ASSISTITE

Art. 17 – Rapporto con la persona assistita nel percorso di cura

Nel percorso di cura l'Infermiere valorizza e accoglie il contributo della persona, il suo punto di vista e le sue emozioni e facilita l'espressione della sofferenza. L'Infermiere informa, coinvolge, educa e supporta l'interessato e con il suo libero consenso, le persone di riferimento, per favorire l'adesione al percorso di cura e per valutare e attivare le risorse disponibili.

Art. 18 – Dolore

L'Infermiere previene, rileva e documenta il dolore dell'assistito durante il percorso di cura.

Si adopera, applicando le buone pratiche per la gestione del dolore e dei sintomi a esso correlati, nel rispetto delle volontà della persona.

Art. 19 – Confidenzialità e riservatezza

L'Infermiere garantisce e tutela la confidenzialità della relazione con la persona assistita e la riservatezza dei dati a essa relativi durante l'intero percorso di cura. Raccoglie, analizza e utilizza i dati in modo appropriato, limitandosi a ciò che è necessario all'assistenza infermieristica, nel rispetto dei diritti della persona e della normativa vigente.

Art. 20 – Rifiuto all'informazione

L'Infermiere rispetta la esplicita volontà della persona assistita di non essere informata sul proprio stato di salute. Nel caso in cui l'informazione rifiutata sia necessaria per prevenire un rischio per la salute di

soggetti terzi, l'Infermiere si adopera a responsabilizzare l'assistito, fornendo le informazioni relative al rischio e alla condotta potenzialmente lesiva.

Art. 21 – Strategie e modalità comunicative

L'Infermiere sostiene la relazione con la persona assistita che si trova in condizioni che ne limitano l'espressione, attraverso strategie e modalità comunicative efficaci.

Art. 22 – Privazioni, violenze o maltrattamenti

Salvo gli obblighi di denuncia, l'Infermiere che rileva ed evidenzia privazioni, violenze o maltrattamenti sulla persona assistita, si attiva perché vi sia un rapido intervento a tutela dell'interessato.

Art. 23 – Volontà del minore

L'Infermiere, tenuto conto dell'età e del grado di maturità riscontrato, si adopera affinché sia presa in debita considerazione l'opinione del minore rispetto alle scelte curative, assistenziali e sperimentali, al fine di consentirgli di esprimere la sua volontà.

L'Infermiere, quando il minore consapevolmente si oppone alla scelta di cura, si adopera per superare il conflitto.

Art. 24 – Cura nel fine vita

L'Infermiere presta assistenza infermieristica fino al termine della vita della persona assistita. Riconosce l'importanza del gesto assistenziale, della pianificazione condivisa delle cure, della palliazione, del conforto ambientale, fisico, psicologico, relazionale e spirituale.

L'Infermiere sostiene i familiari e le persone di riferimento della persona assistita nell'evoluzione finale della malattia, nel momento della perdita e nella fase di elaborazione del lutto.

Art. 25 – Volontà di limite agli interventi

L'Infermiere tutela la volontà della persona assistita di porre dei limiti agli interventi che ritiene non siano proporzionati alla sua condizione clinica o coerenti con la concezione di qualità della vita, espressa anche in forma anticipata dalla persona stessa.

Art. 26 – Donazione di sangue, tessuti e organi

L'Infermiere favorisce l'informazione sulla donazione di sangue, tessuti e organi quale atto di solidarietà; educa e sostiene le persone coinvolte nel donare e nel ricevere.

Art. 27 – Segreto professionale

L'Infermiere rispetta sempre il segreto professionale non solo per obbligo giuridico, ma per intima convinzione e come espressione concreta del rapporto di fiducia con la persona assistita.

La morte della persona assistita non esime l'Infermiere dal rispetto del segreto professionale.

CAPO V COMUNICAZIONE

Art. 28 – Comportamento nella comunicazione

L'Infermiere nella comunicazione, anche attraverso mezzi informatici e social media, si comporta con decoro, correttezza, rispetto, trasparenza e veridicità; tutela la riservatezza delle persone e degli assistiti ponendo particolare attenzione nel pubblicare dati e immagini che possano ledere i singoli, le istituzioni, il decoro e l'immagine della professione.

Art. 29 – Valori nella comunicazione

L'Infermiere, anche attraverso l'utilizzo dei mezzi informatici e dei social media, comunica in modo scientifico ed etico, cercando il dialogo e il confronto al fine di contribuire a un dibattito costruttivo.

CAPO VI ORGANIZZAZIONE

Art. 30 – Responsabilità nell'organizzazione

L'Infermiere ai diversi livelli di responsabilità assistenziale, gestionale e formativa, partecipa e contribuisce alle scelte dell'organizzazione, alla definizione dei modelli assistenziali, formativi e organizzativi, all'equa allocazione delle risorse e alla valorizzazione della funzione infermieristica e del ruolo professionale.

Art. 31 – Valutazione dell'organizzazione

L'Infermiere concorre alla valutazione del contesto organizzativo, gestionale e logistico in cui si trova la persona assistita per tutelarla.

Formalizza e comunica il risultato delle sue valutazioni al fine di migliorare il contesto stesso.

Art. 32 – Partecipazione al governo clinico

L'Infermiere partecipa al governo clinico, promuove le migliori condizioni di sicurezza della persona assistita, fa propri i percorsi di prevenzione e gestione del rischio, anche infettivo, e aderisce fattivamente alle procedure operative, alle metodologie di analisi degli eventi accaduti e alle modalità di informazione alle persone coinvolte.

Art. 33 – Documentazione clinica

L'Infermiere è responsabile della redazione accurata della documentazione clinica di competenza, ponendo in risalto l'impor-

tanza della sua completezza e veridicità anche ai fini del consenso o diniego, consapevolmente espresso dalla persona assistita al trattamento infermieristico.

Art 34 – Risoluzione dei contrasti

L'Infermiere, qualora l'organizzazione chiedesse o pianificasse attività clinico assistenziali, gestionali o formative, in contrasto con principi, valori e con le norme della professione, a tutti i livelli di responsabilità, segnala la situazione agli organi competenti e si attiva per proporre soluzioni alternative.

Art 35 – Contenzione

L'Infermiere riconosce che la contenzione non è atto terapeutico. Essa ha esclusivamente carattere cautelare di natura eccezionale e temporanea; può essere attuata dall'equipe o, in caso di urgenza indifferibile, anche dal solo Infermiere se ricorrono i presupposti dello stato di necessità, per tutelare la sicurezza della persona assistita, delle altre persone e degli operatori. La contenzione deve comunque essere motivata e annotata nella documentazione clinico assistenziale, deve essere temporanea e monitorata nel corso del tempo per verificare se permangono le condizioni che ne hanno giustificato l'attuazione e se ha inciso negativamente sulle condizioni di salute della persona assistita.

Art. 36 – Operatori di supporto

L'Infermiere ai diversi livelli di responsabilità clinica e gestionale pianifica, supervisiona, verifica, per la sicurezza dell'assistito, l'attività degli operatori di supporto presenti nel processo assistenziale e a lui affidati.

Art. 37 – Linee guida e buone pratiche assistenziali

L'Infermiere, in ragione del suo elevato livello di responsabilità professionale, si attiene alle pertinenti linee guida e buone pratiche clinico assistenziali e vigila sulla loro corretta applicazione, promuovendone il continuo aggiornamento.

Art. 38 – Segnalazioni all'Ordine Professionale

L'Infermiere segnala al proprio Ordine le attività di cura e assistenza infermieristica inappropriate e prive di basi, di riscontri scientifici e di risultati validati.

CAPO VII LIBERA PROFESSIONE

Art. 39 – Esercizio della libera professione

L'Infermiere, nell'esercizio libero professionale, si adopera affinché sia rispettata la leale concorrenza e valorizza il proprio operato anche attraverso il principio dell'equo compenso.

Art. 40 – Contratto di cura

L'Infermiere, con trasparenza, correttezza e nel rispetto delle norme vigenti, formalizza con la persona assistita apposito contratto di cura che evidenzia l'adeguata e appropriata presa in carico dei bisogni assistenziali, quanto espresso dalla persona in termini di assenso/dissenso informato rispetto a quanto proposto, gli elementi espliciti di tutela dei dati personali e gli elementi che compongono il compenso professionale.

Art 41 – Sicurezza e continuità delle cure

L'Infermiere che opera in regime di libera professione tutela la sicurezza e la continuità delle cure delle persone assistite anche rispettando i propri tempi di recupero bio- fisiologico.

CAPO VIII DISPOSIZIONI FINALI

Art 42 – Libertà da condizionamenti

L'Infermiere e l'Ordine Professionale si impegnano affinché l'agire del professionista sia libero da impropri condizionamenti e interessi nonché da indebite pressioni di soggetti terzi tra cui persone di riferimento, altri operatori, imprese e associazioni.

Art. 43 – Conflitto d'interesse

L'Infermiere che si dovesse trovare in situazione di conflitto di interesse lo dichiara espressamente.

Art. 44 – Contrasto all'esercizio abusivo della professione

L'Infermiere e l'Ordine Professionale contrastano e denunciano l'esercizio abusivo della professione infermieristica e il lavoro sommerso.

Art. 45 – Decoro

L'Infermiere cura la propria persona e il decoro personale.

Art. 46 – Rappresentanza professionale e comunicazione pubblicitaria

L'Infermiere esercita la funzione di rappresentanza della professione con dignità, correttezza e trasparenza. Utilizza espressioni e adotta comportamenti che sostengono e promuovono il decoro e l'immagine della comunità professionale e dei suoi attori istituzionali. Osserva le indicazioni dell'Ordine Professionale nella informazione e comunicazione pubblicitaria.

Art. 47 – Obbligo di rispetto delle norme

L'Infermiere rispetta le norme e gli adempimenti amministrativi, giuridici e deontologici, che riguardano la professione, anche attenendosi alle linee di indirizzo dell'Ordine Professionale.

Art. 48 – Attività consulenziale e peritale

L'Infermiere non svolge attività di natura consulenziale e peritale se non è in effettivo possesso delle specifiche competenze richieste dal caso. In ogni caso questa attività deve essere svolta nel rispetto dei principi deontologici caratterizzanti la professione, evitando ogni conflitto di interesse e le situazioni in cui sia limitata la sua indipendenza. L'Infermiere in ambito peritale interpreta le evidenze del caso sulla base delle conoscenze scientifiche del momento, fornendo pareri ispirati alla prudente valutazione della condotta dei soggetti coinvolti.

Art. 49 – Natura vincolante delle norme deontologiche

Le norme deontologiche contenute nel presente Codice Deontologico sono vincolanti per tutti gli iscritti all'Ordine delle Professioni Infermieristiche; la loro inosservanza è sanzionata dall'Ordine professionale tenendo conto della volontarietà della condotta, della gravità e della eventuale reiterazione della stessa, in contrasto con il decoro e la dignità professionale.

Art. 50 – Ordini Professionali. Enti sussidiari dello Stato

Gli Ordini Professionali recepiscono e attuano le indicazioni normative e regolamentari inerenti il loro essere Enti sussidiari dello Stato.

Art. 51 – Ordini professionali. Codice Deontologico

Gli Ordini delle Professioni Infermieristiche provinciali sono tenuti a recepire il presente Codice e a garantire il rispetto delle norme, nel quadro dell'azione di indirizzo e coordinamento esercitata dalla Federazione Nazionale degli Ordini delle Professioni Infermieristiche; sono tenuti inoltre a consegnare ufficialmente o, comunque, a inviare ai singoli iscritti agli Albi, il Codice Deontologico e a tenere periodicamente corsi di aggiornamento e di approfondimento in materia deontologica.

Art. 52 – Ordini professionali e altri ruoli pubblici

L'Ordine Professionale non interviene nei confronti dell'Infermiere impegnato in incarichi politico istituzionali nell'esercizio delle relative funzioni.

Art. 53 – Clausola finale

Ogni altro comportamento che violi il decoro e la dignità professionale è sanzionabile dall'Ordine.

Le presenti norme saranno oggetto di costante monitoraggio da parte della FNOPI al fine di garantirne l'eventuale aggiornamento

LA NOSTRA NUOVA SEDE

Acquistato il nuovo immobile che sarà più accessibile e sfruttabile da iscritti e studenti



Vista la necessità di trovare una collocazione più accessibile agli iscritti (con parcheggi utili e immediatamente disponibili), più spaziosa e più fruibile, l'attuale consiglio direttivo dell'ordine delle professioni infermieristiche di Como ha accolto favorevolmen-

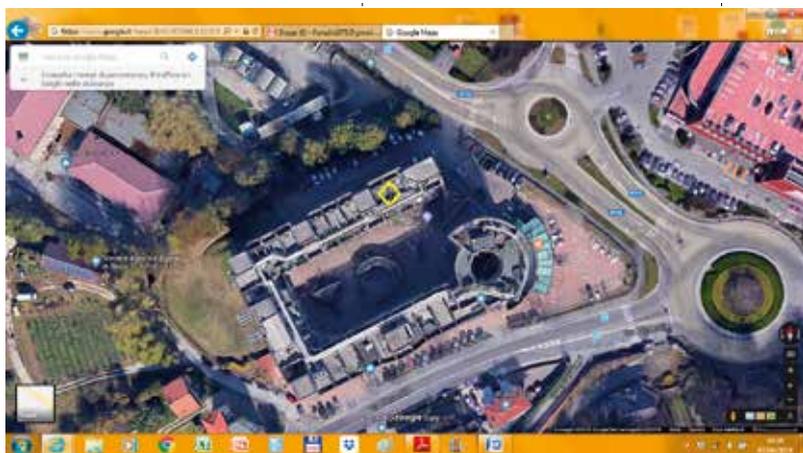
sono di fatto rivolti ad ottenere una sede moderna, comoda, accessibile, sfruttabile che possa mettere a disposizione anche gli spazi, come la biblioteca (anche scientifica online), permettendo di diventare un punto di riferimento per gli iscritti e gli studenti di

apparso da subito vantaggioso. Un immobile di un valore di circa 140.000 euro > ceduto per 65.000 euro. Visionate le perizie e superati i vari steps burocratici la proposta è stata sottoposta all'Assemblea Straordinaria degli Iscritti tenutasi sabato 11 maggio 2019 al Centro Congressi Medioevo di Olgiate Comasco. Tutta l'assemblea presente ha votato all'unanimità per l'acquisto e il 31 maggio 2019 si è svolto il rogito notarile (acquisto immobile con pagamento di due bonifici).

La proprietà consiste in più unità immobiliari situate

all'interno del complesso denominato 'Como Alta Srl' ubicato a Como (Co), frazione Lora, via Oltrecolle e in particolare all'incrocio tra quest'ultima e la Strada Statale per Lecco. Detto complesso è stato costruito alla meta degli anni '90 per rispondere all'esigenza di riqualificare la zona e favorendo la nascita di complessi residenziali e commerciali sfruttando la vicinanza alle vie di comunicazioni, anche se negli

anni questo contesto in particolare, ha attraversato periodi floridi e altri meno. Le unità immobiliari sono composte da un negozio (per cui è stata richiesta al Comune di Como il cambio di destinazione in ufficio) nella Galleria Commerciale al piano terra con vetrine, in buone condizioni sia di mantenimento sia d'impiantistica anche se risalenti al momento della costruzione (1995), da un magazzino e un posto auto coperto al secondo piano interrato, il tutto nel suo complesso offre un'immagine discreta.



te la proposta di acquisto della nuova sede fattagli da un privato. L'intento primario dello stesso direttivo era quello di ottenere un immobile di proprietà, permettendo dunque un considerevole risparmio sulle spese attuali di struttura derivanti dalla locazione e gestione degli attuali spazi, ma soprattutto una sede più sfruttabile, comoda e priva di alcun tipo di limitazione d'utilizzo. Tutti gli sforzi di OPI Como

infermieristica. Una sede sicuramente in grado di soddisfare tutte le esigenze di un gruppo professionale sempre più esigente, che può altresì ospitare corsi ECM senza dover pagare l'aula magna poiché i corsi fino a 50 partecipanti verranno svolti nella nuova sede senza spese ulteriori. Dopo aver valutato l'offerta, il consiglio direttivo ha sottoposto l'operazione a dei periti per delle valutazioni tecniche che sono

Riepilogo unità:

a) PIANO TERRA:

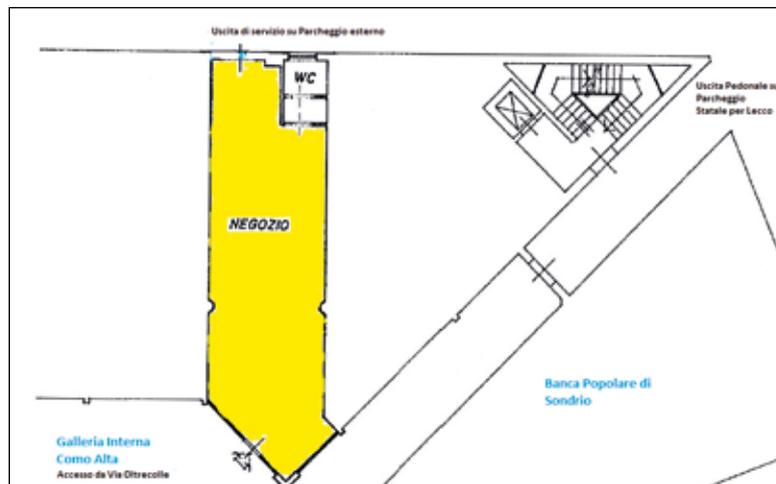
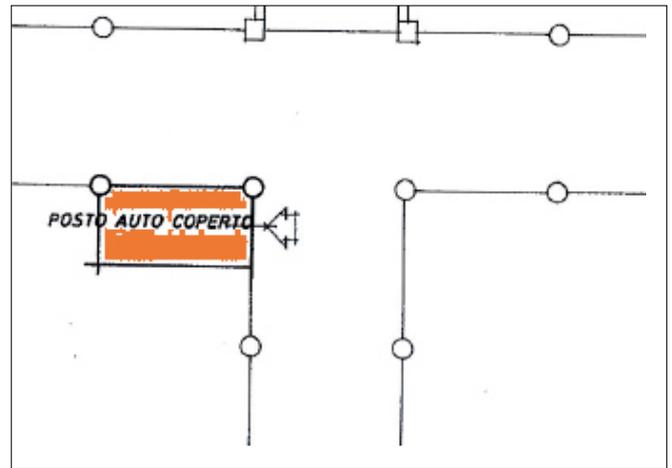
- n. 2 (due) locali (cat. C/1) con anti-bagno e bagno
- superficie pari a 84,00 mq.

b) PIANO -2:

- n. 1 (un) locale open-space (cat. C/2)
- superficie pari a 25,00 mq.

c) PIANO -2:

- n. 1 (un) posto auto coperto (cat. C/6)
- superficie pari a 14,00 mq.



IL RUOLO DELL'INFERMIERE NELLA GESTIONE DEL TRAUMATIZZATO GRAVE



Si è tenuto a San Fermo della Battaglia il 22 Febbraio 2019 c/o l'auditorium ASST LARIANA dell'Ospedale Sant'Anna di Como, il convegno dedicato al "RUOLO DELL'INFERMIERE NELLA GESTIONE DEL TRAUMATIZZATO GRAVE", che ha accolto circa 300 partecipanti e numerosi professionisti.

La tematica trattata nella giornata di convegno è stata la visione del trattamento del traumatizzato grave dalla chiamata di soccorso alla gestione intra-ospedaliera del paziente vittima di trauma maggiore, analizzando inoltre aspetti

psicologici e trauma grave in contesti di evento maggiore o straordinario, il tutto grazie ad una rete di lavoro che coinvolge professionalità diverse tra loro e che mette al centro del programma di intervento il paziente traumatizzato grave.

Sul palco, nel corso della giornata, si sono susseguiti interventi di Infermieri, medici, Soccorritori Diplomatici rappresentanti i vari servizi territoriali ed intra-ospedalieri di emergenza-urgenza.

L'elevato numero di figure professionali coinvolte ha incrementato la ricchezza formativa dell'evento e contribuito a concretizzare quanto il lavoro di squadra sia una risorsa fondamentale per prevenire, curare ed intervenire nei casi di trauma grave.

L'infermiere come figura

professionale fondamentale nella gestione del trauma grave e del TEAM TRAUMA è stata la parola chiave che ha fatto da filo conduttore agli interventi dei professionisti.

Il convegno ha voluto anche costituire un momento in cui fare il punto su come la figura dell'infermiere sia sempre più una colonna portante nell'assistenza al paziente traumatizzato grave.

Il convegno si è concluso con l'auspicio di poter diffondere la cultura e un modello integrato di gestione del paziente traumatizzato grave che sappia essere rispondente ai bisogni del paziente, con l'intento di aumentare l'efficacia preventiva degli interventi e di lavorare insieme per garantire a questo tipo di pazienti le attenzioni e le cure che meritano.

* Infermiere soccorritore FCTSA TreValli Soccorso Biasca, già infermiere del soccorso avanzato di AREU Lombardia - SOREU Laghi - AAT Como

“QUATTRO OCCHI SONO MEGLIO DI DUE”: MOMENTI DI CONDIVISIONE MULTIDISCIPLINARE ED INTERPROFESSIONALE

Nell'autorevole e rinnovata Aula Magna dell'ASST- Lariana, si è svolta questa giornata, in un clima di sereno e costruttivo confronto tra gli autorevolissimi oratori ed il pubblico presente, appartenenti non solo alla professione infermieristica ma anche a quella medica. Questa componente “integrata” ha permesso di riflettere sull'importanza, specialmente nelle critiche situazioni di emergenza-urgenza, di una reale collaborazione tra i principali attori della presa in carico a favore della persona assistita.

In tal modo, l'integrazione multiprofessionale diventa stile di condivisione della responsabilità nel garantire le proprie competenze messe a disposizione dell'ambiente professionale in cui si è inseriti (Manzoni, 2017).

Altro aspetto di fondamentale importanza emerso durante l'evento, ha riguardato il confronto interprofessionale nato dalla presentazione delle diverse realtà nazionali ed internazionali a favore della promozione delle capacità di pensiero critico e di riflessione rispetto a quanto facciamo e a ciò che potremmo fare meglio (Lazzarino, 2015).



Ma allora, perché «mettersi» insieme all'interno della propria professione e con le altre professioni?

Nell'équipe integrata coesistono la complementarietà e la collaborazione, nel rispetto dell'autonomia delle varie figure che, nel progetto comune di presa in carico della persona assistita, non possono essere indipendenti.

La stessa letteratura scientifica afferma che la qualità dell'assistenza sanitaria è direttamente proporzionale alla qualità delle relazioni interpersonali tra le diverse figure professionali dell'équipe integrata e delle relazioni con le persone assistite (Rotta, 2007).

Questa ricca giornata di dialogo ha dimostrato in quale misura i momenti di confronto e condivisione come quello del 22 di febbraio, possano contribuire a migliorare il livello di competenza degli infermieri attraverso le molteplici progettualità e quali i benefici che si ottengono sulla popolazione affinché le persone possano assumere un ruolo sempre più centrale nella gestione della propria salute.

Da soli possiamo
fare così poco;
insieme possiamo
fare così tanto.
[H.K.]

Lazzarino L. (2015). La formazione interprofessionale: sinergie per il controllo degli outcome sulla sicurezza del paziente. WorkingPaper of Public Health. 1(15): 1- 8.

Manzoni E. (2017). Il lavoro di équipe e l'integrazione multiprofessionale. Disponibile da: http://www.grg-bs.it/usr_files/home/fofgaria/Manzoni%20E.%20%20Il%20lavoro%20di%20equipe%20e%20integrazione%20multiprofessionale.pdf

Rotta M. (2007). Équipe multiprofessionale e qualità dell'assistenza in ospedale. Disponibile da: <http://www.mdc-net.org/it/convegni/congresso-internazionale-2007/199-equipe-multiprofessionale-e-qualita-dellassistenza-in-ospedale.html>.



#NURSES2CARE: la capacità di generare valore



NURSING RESEARCH: IL COMPLETAMENTO DELLA PROFESSIONE INFERMIERISTICA

Più volte all'interno dei dibattiti relativi alla professione, ci siamo dati come imperativo quello di centrare il focus sullo sviluppo della ricerca che, in qualità di potente strumento da impiegare in modo trasversale a tutti gli ambiti delle scienze infermieristiche, sia capace di produrre un importante valore aggiunto. Cionostante, i dati emersi dagli ultimi studi dimostrano come siano ancora pochi i professionisti della salute coinvolti direttamente in ambito di ricerca o che all'interno della pratica clinica si confrontino direttamente con i dati provenienti dalle più aggiornate evidenze (Culotta et al., 2008; Fain, 2010; Lancia, 2010; McGraw et al., 2010).

In questo contesto si potenzia il senso di responsabilità professionale di ciascuno di noi, richiamato anche dal nuovo codice deontologico (art 9 e 37) per cui l'infermiere elabora, svolge e partecipa a percorsi di ricerca in ambito clinico assistenziale, organizzativo e formativo, rendendone disponibili i risultati ed inoltre, si attiene alle pertinenti linee guida e buone pratiche clini-

co assistenziali e vigila sulla loro corretta applicazione, promuovendone il continuo aggiornamento. Straordinaria testimonianza di quanto appena affermato, è stato l'evento organizzato in occasione dell'11 di maggio in cui è stato possibile assistere a numerosi esempi di professionisti dotati di competenza nel condurre o nel valutare la ricerca.

In questo contesto nasce la riflessione in merito al continuum lungo il quale si possono collocare gli infermieri rispetto alla ricerca. A un estremo gli utilizzatori, che necessitano di alcune nozioni generali di inquadramento teorico sul tema e di un approfondimento dettagliato sulla pratica basata sull'evidenza, fornendo tutta la metodologia necessaria per condurla. All'altro estremo coloro che producono la ricerca infermieristica. In questo continuum gli infermieri, oltre ai due estremi, si possono collocare in diversi momenti: nel contribuire allo sviluppo di un'idea che il più delle volte può scaturire dalla pratica clinica, nella raccolta dei dati utili alla ricerca, o

anche nel favorire la partecipazione degli assistiti alla stessa, informandoli in modo eticamente corretto ed adeguato, o nel cercare di risolvere un problema clinico cercando le evidenze in letteratura, o anche discutendo le implicazioni dei risultati di uno studio sulla pratica clinica (Beck e Polit, 2014).

Questo a dire come non esistano infermieri che siano giustificati dal sentirsi estranei nei confronti della ricerca in quanto ciascuno di noi è in parte produttore e utilizzatore di dati. In questo senso la ricerca infermieristica ci completa in termini di professionisti dotati di capacità critica intellettuale i quali fondono il proprio operato su conoscenze validate dalla comunità scientifica e aggiorna le proprie competenze attraverso lo studio e la ricerca (art 10). Dunque, a questo proposito, è sempre più urgente ampliare gli orizzonti, tenendo presente una formazione che offra uno spaccato più ampio e che sostenga lo sviluppo della ricerca infermieristica a partire dalla formazione di base e in un'ottica di long life learning.



Nei tempi passati, i maghi, attraverso la Bacchetta, potevano sentire le forze sprigionate dalle cose, positive e negative. La Bacchetta diventava una sorta di tramite, in cui l'energia passava attraverso per entrare in contatto con il mago e rivelargli la natura della realtà. La bacchetta può essere usata, quindi, per indirizzare e trasferire energie, per disegnare simboli magici, per tracciare il cerchio magiko o per difendersi dagli attacchi.

(Canavan, 2002)

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

- Beck C.T., Polit D.F. (2014). *Fondamenti di ricerca infermieristica*. Edizione italiana a cura di Alvisa Palese
- The McGraw Hill Education
- Canavan T. (2012). *La scuola dei maghi*. Milano: TEA.
- Culotta P, Feroce I, Callegaro R. *Ricerca Clinica: dalla Good Clinical Practice alla buona assistenza*. Torino: C. G. Edizioni Medico Scientifiche; 2008.
- Fain J. *La ricerca infermieristica: leggerla, comprenderla, applicarla*. Milano: Mc Graw Hill; 2004.
- Lancia U. *Guida alla ricerca clinica*. Roma: Il pensiero scientifico; 2010.
- McGraw Michael J, George Adam N, Shearn Shawn P, Hall Rigel L, Haws Thomas F. *Principles of Good Clinical Practice*. Londra: Pharmaceutical Press; 2010.
- Sironi C. *Introduzione alla ricerca infermieristica: i fondamenti teorici e gli elementi di base per comprenderla nella realtà italiana*. Milano: Ambrosiana; 2010.

CORSO ECM GRATIS

L'Evento
di Massimo Franzin

SOCIAL EDUCATION

Vivere bene il web e i social tutelandosi da rischi e pericoli



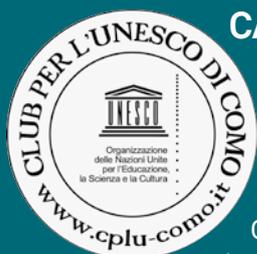
Nella foto da sinistra. **Gianluca Gabrielli, Rosa Giuffrè, Sonia Monticelli, Daniela De Fazio, Elena Negretti, Angela Corengia, Dario Cremonesi, Rosanna Jemoli, Massimo Franzin, Angela Braguto**

Oggetto del convegno tenutosi ad aprile è stato il cyberbullismo e le violenze derivanti da un utilizzo imprudente del web. L'evento svoltosi presso la Biblioteca comunale di

Como è stato organizzato dall'Ordine delle Professioni Infermieristiche di Como con l'Assessorato all'Innovazione Tecnologica del Comune di Como, il Club per l'UNESCO di Como, l'Istituto Comprensivo Statale Como Rebbio, il Rotary Club Como, Rotary Club Como Baradello, Rotary Club Appiano Gentile e delle Colline Comasche, il Lions Club Como Plinio il Giovane e il Lions Club Como Lariano ha riscosso

un notevole successo attirando l'attenzione di alunni, studenti e genitori. Il fenomeno della violenza scolastica secondo il Rapporto Mondiale UNESCO colpisce ogni anno, nel mondo, 246 milioni di bambini e ragazzi. La proporzione di questi soggetti al cyberbullismo va dal 5 al 21% soprattutto durante la frequentazione della scuola secondaria di primo e secondo grado ed è per questo che tutte le politiche di contrasto a questi fenomeni sono stati rivolti a genitori e studenti frequentati quel tipo di fascia scolastica. Durante la giornata interessantissimo è stato l'intervento dell'esperta di Social Education **Rosa Giuffrè** e della psico-terapeuta **Sonia Monticelli**. Nello

specifico Rosa Giuffrè ha stimolato la platea nell'interrogarsi su come sia possibile un utilizzo della rete e dei social tutelandosi da rischi e pericoli. Importanti sono stati gli interventi della professoressa **Daniela De Fazio**, dirigente scolastico da sempre in trincea per il contrasto di questi fenomeni e del dirigente della polizia giudiziaria **Gianluca Gabrielli**. Presente **Angela Braguto** – coordinatore nazionale service Abuso sui minori e **Rosanna Jemoli** dei Lyons Club e per il Rotary Club **Ezio Bertani**, **Angela Corengia** anch'essi impegnati in progetti di prevenzione e contrasto al bullismo e cyberbullismo nelle scuole della Provincia di Como.



CAMBIO AI VERTICI DEL CLUB PER L'UNESCO DI COMO QUATTRO INFERMIERI NEL CONSIGLIO DIRETTIVO

Si sono svolte a marzo le elezioni di rinnovo per il Club per l'UNESCO di Como. L'assemblea dei soci ha eletto il nuovo consiglio direttivo che rimarrà in carica fino al 2023. All'interno del Consiglio Direttivo dell'Associazione operante nelle finalità e direttive della Federazione Nazionale Club e Centri UNESCO e della Commissione Nazionale Unesco sono stati eletti oltre al Presidente Massimo Franzin e alla Vicepresidente Manuela Alunni, Riccardo Colombo segretario generale e Alessandra Kiszka consigliere. Oltre a questi colleghi sono stati eletti Alessandro Del Zoppo Tesoriere, Anna Fachinetti, Monica Bellotti e Rosa Giuffrè.

Per informazioni e candidatura a socio: www.cplu-como.it info@cplu-como.it

ISCRIZIONI**ENTRANO A FAR PARTE DEL NOSTRO ALBO PROFESSIONALE****INFERMIERI**

ANGIOI	NICOLE	ARBA	LAURA
BALLABIO	GIULIA	BASSI	ELISA
BATTAGLIA	FABIOLA	BERVEGLIERI	GIADA
BOITOS	ZIZI	BOSIS	GRETA
BUHOCI	MARIUS DANIEL	CALABRO'	LIDIA
CARNAZZOLA	MARTINA	CEREDA	PAOLA RAFFAELLA
CIABRELLI	ALESSIA	COLOMBO	SARA
CORTEGGIANO	CLAUDIA	CRIPPA	FEDERICO MARIA
ERBA	MARTA	FAVA	ALBERTO
FORNAROLI	FRANCESCA	FRYER	SIMONE
FUSI	MADDALENA	GALIMBERTI	CAMILLA
GALIMBERTI	ELISABETTA	GARIBBO	SARA
GASPA	ILARIA	GENINAZZA	GIULIA
GEROSA	ELISABETH	GILARDONI	SARA
GRANO	FRANCESCO	KOFIE	JUSTINE
MAGISTRELLI	ALESSANDRA	MANNAKULATHIL	JUBY STEPHEN
MARELLI	GIADA	MARIANI	ALESSANDRO
MARIANI	NICHOLAS	MELE	FEDERICA
PARENTI	GIADA	PERRONE	STEFANIA CONCETTA
PERROTTA	MATTIA	RIBA	MICAELA
RIDICHE	GEORGETA	ROMERO	KIM REYNOLD
SIGNORIELLO	FRANCESCA	SPATOLA	ROSALIA
SPIATTA	GIADA	TAGLIABUE	BEATRICE
VESE	OVIDIU DANIEL		

INFERMIERI PEDIATRICI

BRENNA	ALICE
--------	-------

ISCRIZIONI PER TRASFERIMENTO DA ALTRI OPI**INFERMIERI**

BEHAJ	ESMERALDA	JANI	PANDORA
BELSITO	ROMINA	PERRI	ROSARIA
BONA	MAURIZIO GIOVANNI	PROVENZANO	LUCA
CASTELNUOVO	ROSANNA	PUSTERLA	CRISTINA
CEDOLIN	PAOLA	TAVELLA	PIERO
GHIRBIDIC	ADRIANA	TEDESCO	ALESSANDRA
GRABCHUK	NATALIYA	ZAPPIA	REBECCA
GRAMBONE	ROSSELLA		

CANCELLAZIONI**HANNO CESSATO LA LORO ATTIVITÀ****INFERMIERI**

BENZONELLI	ANGELO	BIANCHI	FABIO
BONACINA	GIUSEPPINA	BONGIOVANNI	MARILENA
BONVINI	EMILIA	BUCUR	MARIA
BUTTI	RENATO	CALDERA	ROSA LUISA
CAPPELLETTI	DORIANA	CARRABBA	ANNA
CARRARO	DANIELA	CASARTELLI	ANTONELLA
CASIRAGHI	MARIA IDA	CAVADINI	GIUSEPPINA
CORTI	ROBERTA	ERBA	MARIA GIOVANNA

FANI
FERRARIO
GIULIANI
IPPOLITO
MACRI'
NEACSU
ORTELLI
RADICE
SCHEGGIA
TURCHETTI

ELISABETTA
RITA
MARIA LISCHIO
LARA
ANTONIA
CAMELIA
BARBARA
LUCIANA
GIUSEPPE
CRISTINA

FAVERIO
FOLIGNO
GRECO
LAMMLE
MAZZON
NESPOLI
PEDRINI
RIVA
SELVINI
VILLA

CRISTINA
GIULIA
SARAH
NINA
SARA
ANNA MARIA
MARIA PIA
GIANCARLA
DONATELLA
MARIANTONIETTA

TRASFERIMENTI AD ALTRI OPI

INFERMIERI

BELFIORE
DEPONTI
GHIRIMOLDI
ISELLA

ANNA
CRISTIAN
MARCELLO
FRANCESCA

BOTTA
GANDOLA
HOSSU
PATIERNO

LORETTA
ELISA
MONICA HORTENSIA
PAOLA

DECEDUTI

INFERMIERI

CANGERI

ANTONINO MARCELLO

CONTE

MICHELE

MOROSITÀ

BIANCHI
DOROT
GRANDINI
PIATTI

PAOLA
IOAN STELIAN
ELISA
MICAELA

CARAGEL
FRANGI
OBIEFUNA
PORRO

FLORENTINA
LARA
UCHENNA GLADYS
MARIA GRAZIA



SPORTELLO CONSULENZE:

ACEDI ALLA BACHECA CONSULENZE
RISERVATE AGLI ISCRITTI CLICCANDO
SUL LINK:

<http://opicomo.it/servizi-agli-iscritti/consulenze/>
CONSULENTE FINANZIARIO
DELEGATO ENPAPI
CONSULENTE DEL LAVORO
CONSULENTE LEGALE



Il soccorso in ambiente montano

L'importanza della stabilizzazione della colonna vertebrale nel paziente traumatizzato

Introduzione

Negli ultimi tempi assistiamo ad un aumento di episodi di salvataggio e soccorso in montagna.

Idealmente, subire un incidente domestico, in strada, al parco o sul lavoro e venire soccorsi da un'ambulanza con personale sanitario professionista, non dovrebbe essere differente dal farsi male in ambiente impervio o in quota dove può raggiungerci personale di soccorso addestrato o l'elisoccorso.

È evidente che non può essere così in quanto approccio, valutazione e gestione devono fare i conti con variabili differenti, in primis legate all'ambiente "ostile".

L'accesso alla persona ferita può risultare difficoltoso per condizioni climatiche avverse, tempi maggiori di attivazione/arrivo dei soccorsi, difficoltà tecniche del soccorso da prestare, strategie di gestione molteplici.

Nel salvataggio in montagna, la vittima potrebbe trovarsi in un luogo difficile, con presenza di barriere

ambientali (es. stipato contro massi o sospeso da una corda) che ne limitano l'accesso.

La gestione precoce del paziente che presenta trauma della colonna ha inizio sulla scena dell'evento e rappresenta la chiave fondamentale per migliorare la funzione neurologica risultante; è una delle performance del professionista sanitario.

Un'immobilizzazione progressiva è un segno di una buona squadra di soccorso e riduce al minimo il dolore della persona.

danno confermato da diagnostica radiologica.

Negli ultimi 35 anni abbiamo assistito ad un miglioramento in termini di esiti neurologici associati ai traumi. Questo può essere attribuito alla nascita ed istituzione del Servizio di Emergenza Medica - EMS (1971) ed alle cure erogate dal personale specificamente formato ed addestrato, tra cui l'immobilizzazione del rachide cervicale in toto. Compiono testi specifici in tecniche e materiali secondo standard definiti da EMS e

una bassa probabilità di trauma cervicale, in quanto sostenuto improbabile che tutti i pazienti soccorsi in scenario traumatico ne abbiano necessariamente bisogno. Da qui, alcuni autori iniziano a sviluppare e presentare criteri clinici di *trriage pre-ospedaliero di immobilizzazione spinale*.

Nel soccorso pre-ospedaliero abbiamo la possibilità di usare varie tipologie di presidi deputati alla gestione del trauma spinale potenziale, nessuno ancora identificato come ottimale da studi comparativi.



Recupero in Parete con Vacuum su Barell, Lecco

Discussione

La maggior parte delle chiamate si soccorro che giungono al Servizio di Emergenza Sanitaria per quanto riguarda gli incidenti in montagna sono per evento traumatico, di cui sono frequenti le cadute con potenziale trauma spinale e pelvico.

Studi riportano che solo il 3,6% delle persone con trauma alla colonna sono sopravvissuti all'arrivo dei soccorsi; circa il 50% dei traumi alla colonna sono traumi cervicali.

Un problema comune nella gestione del trauma pre ed intra ospedaliero è la gestione del trauma cervicale: richiede tempo, estricazioni complicate e crea un significativo carico di

Il problema dell'immobilizzazione di vittima di trauma è tematica importante: decine di migliaia di pazienti traumatici sono trattati ogni anno con immobilizzazione spinale ma pochi in realtà hanno un

American Academy of orthopedic Surgeons Committee on Injuries Emergency. Negli ultimi anni invece si assiste ad una "messa in discussione" dell'immobilizzazione spinale di paziente che presenta

* Infermiere elisoccorritore e del Soccorso Avanzato di AREU Lombardia, SOREU Laghi e AAT Como, già infermiere di area critica dell'ASST Lariana. Corso di Perfezionamento di Medicina della Montagna.

RACCOMANDAZIONI	
LIVELLO I	NO EVIDENCE
LIVELLO II	L'immobilizzazione spinale di tutti i pazienti con trauma alla colonna vertebrale/midollare o con meccanismo di lesione per potenziale danno spinale cervicale è raccomandata.
	Triage dei pazienti con lesioni spinali, sulla scena da parte di personale qualificato ed esperto in Servizi Medici di Emergenza, al fine di determinare quando è necessaria l'immobilizzazione durante il trasporto è raccomandato.
LIVELLO III	L'immobilizzazione di pazienti di trauma che sono svegli, collaboranti e non sono in stato di intossicazione acuta da alcool o sostanze; che non manifestano dolore al collo o parestesie; che sono neurologicamente indenni (senza deficit motori o sensitivi); che non dispongono di qualsiasi significativa lesione associata che potrebbe distogliere dalla loro valutazione generale non è raccomandata.
	Una combinazione di un collare cervicale rigido e fermacapo su tavola con cinghie è efficace nel limitare il movimento della colonna cervicale e dorsale ed è raccomandata.
	La lunga pratica di immobilizzazione spinale con sacchi di sabbia e nastro è insufficiente e non è raccomandata.
	L'immobilizzazione spinale in pazienti con trauma penetrante non è raccomandata a causa di un aumento della mortalità per ritardo nelle manovre rianimatorie.

[N.Theodore, MD; M N.Hadley, MD, FRCSC; S. S.Dhall, MD; D.E.Gelb, MD; R.J. Hurlbert, MD, PhD, FRCSC; C.J. Ryken, MD, MS; B.C. Walters, MD, MSc, FRCSC. Prehospital Cervical Spinal Immobilization After Trauma. Volume 72. Numero 3. Ch.2. 2013. Congress of Neurological Surgeons.]

lavoro nelle manovre di immobilizzazione, trasporto e controllo.

Anche se vi sono evidenze cliniche e biomediche che dimostrano che l'immobilizzazione spinale limita i movimenti patologici di una colonna traumatizzata, non vi sono raccomandazioni di Classe I in sostegno.

Nella pratica del soccorso pre ospedaliero l'immobilizzazione della colonna è raccomandata dalle linee guida *Advanced Trauma Life Support (ATLS)*, *Pre-Hospital Trauma Life Support (PHTLS)*, *Joint Royal Colleges Ambulance Liaison Committee (JRCALC)*.

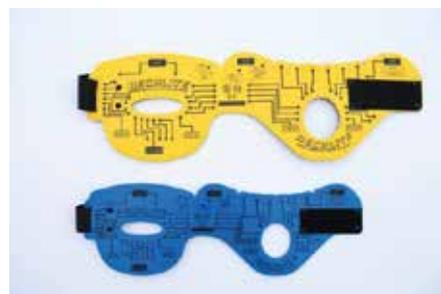
Ad oggi, il metodo di immobilizzazione della colonna condiviso da più autori consiste nell'uso combinato di:

- Collare cervicale
- Piano di sostegno rigido
- Dispositivi di supporto laterale del capo con nastri (fermacapo)

- Cinghie per assicurare il paziente

In aggiunta il personale soccorritore ha a disposizione presidi per estricazione (Kendrick Extrinsic Device®) o presidi di nuova generazione.

II COLLARE CERVICALE



Collare Cervicale NECKLITE

RIGIDO

Il collare cervicale nel mondo è diventato il simbolo di alta qualità nella gestione del trauma e in diversi protocolli internazionali di trattamento del paziente traumatizzato nessuno deve essere condotto in pronto soccorso senza.

Già nel 1989 compaiono reviews sul suo utilizzo come fattore chiave nella diminuzione della percentuale delle lesioni del midollo spinale complete (dal 55% nel 1970 al 39% nel 1980). Il 2-4% dei pazienti traumatici hanno un danno al rachide cervicale, dei quali circa il 20% riportano danni al midollo spinale (un 10% riporta danno a più livelli e un altro 10% riporta danni puramente legamentosi).

È stato osservato che questo avviene maggiormente in pazienti incoscienti o obnubilati rispetto a pazienti con capacità cognitiva conservata.

Parecchi studi confrontano l'uso del collare cervicale da solo ed in associazione con gli altri presidi di immobilizzazione; altri ancora mettono a confronto l'uso del collare morbido, del collare Philadelphia, delle sacche di sabbia bilaterali unite da nastro in tessuto e le loro combinazioni; nel 1974 viene introdotto il collare rigido (Hare, 1974); infine collari in schiuma/plastica dura sono considerati migliori nell'impedire movimenti del capo rispetto alla schiuma morbida.

Il collare cervicale deve, in linea teorica, proteggere i pazienti da danno spinale secondario limitando i movimenti inappropriati. Ne deriva che nell'impossibilità di ottenere una po-

sizione neutra della testa il presidio non deve essere preso in considerazione ma bisogna trovare metodi alternativi per l'immobilizzazione del rachide cervicale.

Il collare cervicale rigido limita la flessione del 90% circa e del 50% l'estensione, la rotazione e la flessione laterale del collo.

Diversi studi confermano che l'uso del collare cervicale come unico presidio non riduce la mobilità in una colonna vertebrale instabile ma deve essere utilizzato in associazione ad un piano di sostegno rigido.

Diversi studi dimostrano come l'applicazione del collare cervicale possa creare danni collaterali secondari: l'incremento della pressione intracranica in quanto vi è un aumento delle pressioni delle vene giugulari; se posizionato in modo o taglia non adeguati possa inficiare sulla pervietà delle vie aeree o determinare un atteggiamento del collo di flessione aumentata; applicati per un lungo periodo diminuiscono il comfort,

possono insorgere risposte di panico e stress, provocano lesioni da pressione; particolare attenzione deve essere posta nei confronti di pazienti che presentano nausea e vomito.

L'uso di questo presidio è ritenuto in altri studi una

precauzione non necessaria e potenzialmente dannosa in pazienti svegli, stabili e collaboranti, in assenza di un indice di sospetto di lesione al rachide cervicale: la contrattura muscolare naturale del collo fornisce una protezione superiore rispetto a posture obbligate e la posizione che il paziente trova in autonomia è più confortevole, diviene il meglio per la sua particolare lesione (*"Position of Comfort"*).

In riferimento alla raccomandazione di Classe II precedentemente citata si ricorda che il collare cervicale può essere omesso

in pazienti traumatizzati che sono completamente vigili e collaboranti, non intossicati da alcool o sostanze, che non manifestano dolore al collo o parestesie, con stato neurologico indenne, senza lesioni distraenti. Questo nell'ambito del soccorso in ambiente montano facilita le operazioni e l'evacuazione del paziente, spesso lunga in termini di tempi e spazi.

IL PRESIDIO DI SOSTEGNO RIGIDO

Il mercato offre ormai una vasta gamma di presidi deputati all'immobilizzazione della colonna vertebrale, dalla tavola spinale al materasso a depressione o vacuum, dall'estricatore

KED (Kendrick Extrication Device®) a presidi di estricazione di nuova generazione.

Indipendentemente dal presidio rigido utilizzato, il paziente deve essere immobilizzato in modo che il tronco non possa muoversi in nessuna direzione.

Le review sull'uso della tavola spinale riferiscono di 4 possibili categorie di possibili complicanze documentabili durante la gestione della fase di ospedalizzazione del trauma:

- Inadeguatezza dell'immobilizzazione spinale
- Panico e discomfort del paziente
- Compromissione respiratoria (per posizione supina obbligata e/o pressione di chiusura delle cinghie troppo elevata)
- Insorgenza di lesioni da pressione

Da qui ne deriva la raccomandazione che la tavola spinale in tutti i pazienti venga rimossa il prima possibile dopo l'arrivo in Pronto Soccorso.

Studi sperimentali hanno confermato che il materasso a depressione o vacuum è superiore alla tavola spinale in termini di comfort della persona assistita e la riduzione dei movimenti casuali è significativa.

Inoltre il materasso a depressione diminuisce sensibilmente le lesioni da pressione in quanto si verifica una riduzione

della pressione potenziale sui siti di appoggio cutanei evitandone l'ischemia.

Oltre a queste argomentazioni, il vacuum è il presidio preferibile per l'immobilizzazione spinale totale nel soccorso traumatico in montagna:

- Pratico da trasportare
- Utilizzabile in condizioni di meteo proibitive
- Utilizzabile in diversi scenari di soccorso
- Tempi di applicazione rapidi (<3min)

Ma alcune precauzioni sono da assumere anche con questo presidio:

- Attenzione al terreno dove viene applicato (taglienti)
- Attenzione alla tensione di chiusura delle fasce toraciche per evitare distress respiratorio indotto
- Attenzione ai possibili sanguinamenti secondari
- Numero soccorritori impiegati nelle manovre >2 (evitare flessione longitudinale del presidio)
- Necessità di pompa per il vuoto ed eventuale presidio aggiuntivo di



Fermacapo Kong



Materasso Vacuum KONG



Estricatore Spinale NEXT



Estricatore FERNO XT

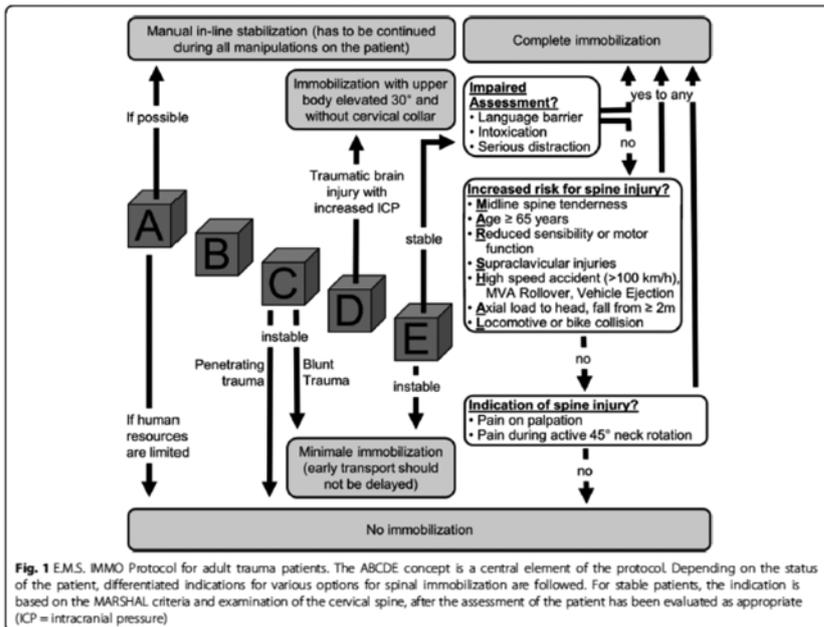


Table 1 The ABCDE concept for treating trauma patients

A	Airway/Cervical Spine Protection
B	Breathing
C	Circulation
D	Disability
E	Exposure/Environment

Kreinst et al. Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine (2016) 24:7. DOI 10.1186/s13049-016-0267-7.

trasferimento
 • Non verricellabile

ESTRICATORI

Nel soccorso sanitario in ambiente montano o impervio le dimensioni ridotte dei presidi e le caratteristiche di peso sono essenziali, ecco perché ormai la tendenza di acquisto e di utilizzo di nuovi materiali si dirige verso estricatori di nuova generazione abbandonando i classici modelli fino ad oggi utilizzati come il KED (Kendrick Extraction Device®).

I dispositivi di estricazione di nuova generazione vengono anche denominati estricatori di emergenza per la colonna vertebrale;

questi sono presidi che possono essere utilizzati in combinazione con i triangoli di evacuazione, il recupero tramite manovra di verricello con l'elisoccorso o con accessori di galleggiamento che ne permettono l'utilizzo in operazioni di soccorso in acqua (Canyoning). I due presidi più utilizzati sono il NEXT® di Northwall e il FERNO XT® di Ferno.

Entrambi consentono manovre di "estricazione" da spazi confinati/impervi ed assicurano una rapida



Tavola spinale EVEREST CARBON KONG

immobilizzazione in allineamento neutro del rachide cervicale del paziente. Come dicevamo, le ridotte dimensioni, le caratteristiche di peso e di capacità di ambiente e situazione rendono la versatilità di questi presidi esclusiva.

Conclusioni

La procedura di immobilizzazione spinale è stata inserita come gold standard nella gestione del soccorso pre-ospedaliero.

Generalmente efficace nel limitare il movimento spinale, può essere associata, in alcuni casi, con aumento della morbilità per problematiche secondarie. Non tutti i pazienti traumatizzati devono essere trattati con immobilizzazione spinale durante la rianimazione e il trasporto pre ospedaliero. Molti non hanno lesioni spinali e quindi non richiedono tale intervento, nei traumi penetranti non viene raccomandata.

Più autori richiamano all'attenzione a:

- costidiequipaggiamento
 - aumento del timing di soccorso
 - necessità di tempi dedicati al training del personale dedicato
- Per quanto riguarda la scarsità di evidenze scientifiche significative (Classe I), vi è da sottolineare che

ai giorni nostri è alquanto impossibile ottenere informazioni attraverso studi clinici prospettici e randomizzati per ragioni pratiche ed etiche.

Questa pratica efficace si basa su considerazioni anatomiche e meccaniche nel tentativo di prevenire la lesione del midollo spinale. Essa è supportata da anni di esperienza clinica, traumatica e di triage.

Rimane punto di forza che una maggiore ed uniforme applicazione del metodo di immobilizzazione può ridurre il corso ed aumentare l'efficienza della gestione pre-ospedaliera del trauma, l'uniformità di un protocollo di trattamento è migliore rispetto alla limitata decisionalità del singolo professionista.

I presidi di immobilizzazione della colonna dovrebbero essere utilizzati per raggiungere gli obiettivi di sicurezza in estricazione e trasporto con rimozione in tempi più brevi possibili: dovrebbero essere utilizzati per raggiungere gli obiettivi di stabilità spinale per l'estricazione sicura ed il trasporto, con rimozione non appena si ottiene una valutazione e/o gestione definitiva del trauma.

La varietà di tecniche utilizzate e la mancanza di elementi definitivi rendono difficile definire e raccomandare un dispositivo uniforme per l'immobilizzazione spinale, vi è necessità di ulteriori studi. Una combinazione di collare cervicale rigido e fermacapo, su tavola rigida con cinghie/nastro adesivo o vacuum è ritenuta efficace per raggiungere una sicura e risolutiva immobilizzazione spinale durante

Table 2 Summary of recommendations, quality of evidence and strength of recommendation

Recommendation	Quality of evidence	Strength of recommendation	Rationale (Benefits, harms and the preferences of patients and clinicians)
1 Victims with potential spinal injury should have spinal stabilisation.	Very low	Strong	Paucity of literature supporting spinal stabilisation. Very little literature documenting serious harm. Spinal cord injury can have devastating consequences. Potential benefits outweigh harms
2 A minimal handling strategy should be observed.	Very low	Strong	Paucity of literature supporting spinal stabilisation. Very little literature documenting serious harm. Spinal cord injury can have devastating consequences. Potential benefits outweigh possible harms
3 Spinal stabilisation should never delay or preclude life-saving intervention in the critically injured trauma victim.	Very low	Good clinical practice	Literature supporting this recommendation was considered too heterogenous for synthesis. The faculty finds that it is logical that spinal stabilisation in the critically injured patient may cause serious harm
4 Victims of isolated penetrating injury should not be immobilised.	Moderate	Strong	One large study of moderate quality directly supports this recommendation. Spinal injury in patients with isolated penetrating injury is rare
5 Triage tools based on clinical findings should be implemented.	Moderate	Strong	Consistent evidence supporting triaging tools based on clinical findings rather than mechanism. No harmful effects documented
6 Cervical stabilisation may be achieved using manual in-line stabilisation, head-blocks, a rigid collar or combinations thereof.	Very low	Conditional	Consistent experimental evidence demonstrating how rigid collars can stabilise the cervical spine. However, there is also evidence suggesting harm from rigid collars. No evidence proving superiority of any one method
7 Transfer from the ground or between stretchers should be achieved using a scoop stretcher.	Very low	Conditional	General paucity of evidence. Some evidence for significant spinal motion during log-roll. Some evidence documenting improved stability with scoop stretcher transfers. Safety of scoop stretcher systems is good. No harmful effects documented
8 Patients with potential spinal injury should be transported strapped supine on a vacuum mattress or on an ambulance stretcher system.	Very low	Conditional	Evidence supporting harm from hard surface stretcher systems. No consistent evidence demonstrating increased stability with any one method. Increased comfort associated with soft surface systems. No evidence exploring spinal stability of common stretcher systems
9 Hard surface stretcher systems may be used for transports of shorter duration only.	Very low	Conditional	Evidence supporting harm from hard surface stretcher systems. No consistent evidence demonstrating increased stability with any one method. Increased comfort associated with soft surface systems
10 Patients should under some circumstances be invited to self-extricate from vehicles.	Very low	Conditional	Two experimental studies demonstrating improved stability with self-extrication from vehicles. Reasonable and practical alternative as long as used cautiously

REVIEW. The Norwegian guidelines for the prehospital management of adult trauma patients with potential spinal injury. Kornhall et al. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine* (2017) 25:2. DOI 10.1186/s13049-016-0345-x.

Table 3 Evidence of an increase in intracranial pressure following craniocerebral trauma

Possible indications of increased intracranial pressure:	Reduced vigilance
	Drop on Glasgow coma scale by ≥ 2
	Delayed pupil response
	Development of hemiparesis
Definitive indications of increased intracranial pressure:	Both pupils dilated
	Anisocoria and reduced vigilance
	Bending and stretching synergisms
	Cushing's triad
	- Hypertension
	- Bradycardia
	- Pathological breathing pattern

estricazione e trasporto. Solo in circostanze eccezionali, in caso di lesioni tempo dipendenti o di ambienti non sicuri, ha la priorità l'evacuazione del paziente: l'immobilizzazione spinale viene posticipata. Il collare cervicale può essere rimosso in un ferito che è pienamente

consapevole, non alterato da sostanze, senza sintomi neurologici associati, senza dolorabilità della linea mediana posteriore o lesioni distraenti (ICMem). Alla luce di quanto esposto, potrebbe essere di utilità lo studio in dettaglio di un protocollo di triage sensibile, affidabile e va-

lido sul campo, applicato da personale EMS per pazienti con potenziale danno alla colonna vertebrale cervicale dopo trauma.

Una CURIOSITÀ...

Nel 2016 viene pubblicata una ricerca, basata sulla letteratura dal 1980 al 2014, in cui viene sviluppato un protocollo di supporto decisionale (decision-making) per l'immobilizzazione spinale del paziente adulto traumatizzato e la sua applicabilità da parte



Tavola Spinale EVEREST CARBON KONG

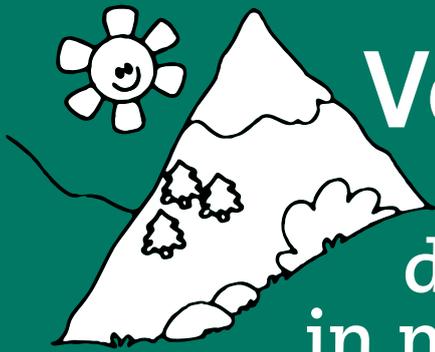
del personale soccorritore in Germania.

Consiste in un Protocollo di Valutazione tra stabilizzazione spinale in loco secondo lo schema di valutazione ABCDE e i criteri MARSHAL rispetto alle condizioni cliniche e alle lesioni che presenta il paziente, con conseguente assegnazione di priorità in gestione, evacuazione e trasporto.

Nell'E.M.S. Protocollo IMMO (fig.1), vengono integrati i Criteri MARSHAL, presenti nell'attuale letteratura:

- Dolore alla colonna vertebrale
- Età \rightarrow 65 anni
- Sensibilità o funzione motoria ridotte
- Lesioni sopraclavari
- Incidente ad alta velocità (>100 km/h)
- Rollover MVA, eiezione dal veicolo
- Caduta di testa, caduta \rightarrow 2 m
- Collisione di locomotiva o incidente in bicicletta

Secondo questi criteri, si dovrebbe procedere ad immobilizzazione di tutto il corpo se almeno UNO è confermato; al contrario se tutti i criteri sono esclusi la colonna vertebrale dovrebbe essere esaminata sotto pressione manuale valutando la comparsa di dolore o parestesie. Se questo esame obiettivo non produce risultati patologici, al paziente dovrebbe essere chiesto di muovere attivamente la testa di 45° a sinistra e a destra: in assenza di dolore l'immobilizzazione è ritenuta NON necessaria (fig. 1).



Verde... mi piace!

Come la Natura diventa mediatore in medicina...

Tempo fa mi chiesero cosa mi aveva condotto alla scelta di conseguire il Corso di Perfezionamento di Medicina di Montagna, risposi “la Montagna stessa”.

In un'epoca in cui il dibattito verte tra master, specializzazioni, corsi di alta formazione... infermieri esperti e specialisti... mi ero domandata lo cosa volessi fare... da qui, perché non unire una grande passione alla professione?

Insieme con un caro collega ed amico, decisi di iscrivermi al Corso di Perfezionamento, la 22esima edizione. Tenuto da docenti specializzati e patrocinato dall'Università di Padova, si svolge tra le montagne Dolomiti (nel nostro caso tra Bressanone ed Arabba), con sviluppo teorico-pratico.

Unico Corso in Italia, a certificazione internazionale, inerente la Medicina di Montagna, con accesso ad Infermieri Laureati di Primo Livello, è stata un'esperienza unica e ricca di nuovi spunti: da una parte un approfondimento di conoscenze già acquisite in ambito sanitario ma specifiche all'ambiente in quota; dall'altro una condivisione con professionisti Infermieri, Medici e Specializzandi provenienti dalle varie realtà regionali italiane e dell'esercito. Insomma... per chi è appassionato di materia... perché non provare?

La Montagna come cura?

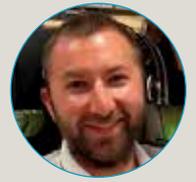
Nelle riviste di trekking ed outdoor, in quelle di salute e benessere, nei dibattiti di cure complementari, sta sempre più emergendo la tendenza verso l'ambiente come aiuto nel contrastare lo stress, correggere abitudini alimentari, supportare disagi emotivi e via dicendo...

I campi di approfondimento della Medicina di Montagna sono maggiormente specialistici: non la Montagna come Cura, ma l'adattamento dell'uomo alla stessa con benefici e distress. Parliamo di studi scientifici sostenuti dall'Evidence Based Medicine; di Enti riconosciuti a livello internazionale come la ISMM (International Society for Mountain Medicine), SIMeM (Società Italiana Medicina di Montagna), CISA-ICAR (International Commission for Alpine Rescue) e l'UIAA (International Climbing and Mountaineering Federation); di una rete di professionisti che cooperano a livello nazionale ed internazionale, dal “nostro” EURAC (Accademia Europea di Bolzano) alla Piramide Everest - K2 del CNR (Consiglio Nazionale delle Ricerche) ed altri ancora.

#orizzonti #nurse #medmountain #curiosando

“Non so nulla con certezza, ma la vista delle stelle mi fa sognare.

Vincent Van Gogh



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

IL DOLORE... CHE ALTRO?

Abbiamo deciso di concludere questa serie di articoli sulla riflessione infermieristica applicata alla Grande Guerra, anche in virtù del recentissimo centenario commemorativo, affrontando una delle tematiche più strettamente legate alle vicende dell'uomo, sia che esso stia guerreggiando, sia che si trovi, con estrema difficoltà ahimè, a garantire l'interregno della pace. Si tratta del problema del dolore, della sofferenza, dell'umiliazione fisica e psichica; e dei tentativi operati dall'essere umano, che molte volte è la causa stessa di questo male, per affrontarlo, trattarlo, nascondere o combatterlo.



L'Infirmière

René Georges Hermann-Paul, "L'Infirmière", 1914-1918, incisione su legno

Con questo articolo chiudiamo quindi questo tipo di riflessioni "da battaglia", riservandoci in un prossimo futuro di affrontare

argomenti più lontani da quelli strettamente legati al mondo delle guerre; pur ricordando che noi infermieri, così come i colleghi

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

medici, siamo sempre a contatto con una persona che, proprio perché richiede il nostro aiuto, si trova in una condizione di difficoltà, sofferenza e bisogno, indipendentemente dallo stato di pace o di guerra in cui si trovi la società.

Negli ultimi anni sempre più attenzione è stata posta al problema del dolore, della sua rilevazione e misurazione e del suo trattamento. Il dolore, come scrisse qualcuno, esiste ogni qual volta una persona sostenga di provarlo; e come scrisse qualcun altro (in questo caso Primo Levi), il venire a conoscenza del dolore altrui e il non fare nulla, equivale ad essere noi stessi dei torturatori o dei carnefici.

Sul dolore si è detto molto. Forse si è fatto tanto. Forse c'è da attuare ancora moltissimo. Perché l'essere umano, così come è sicuro della propria esistenza e, a volte, dei propri limiti, così è altrettanto certo che nella vita dovrà prima o poi fare i conti con il dolore e con la sofferenza.

La scienza attuale ha scoperto solo alcune delle cause intime che regolano i meccanismi con i quali si percepisce il dolore; e ha cercato e molte volte è riuscita ad approntare tutta una serie di principi farmacologici che, bloccando alcuni degli elementi della cascata di eventi che concorrono alla creazione di questo sintomo, tendono a ridurre, se non a risolvere, il problema. Ben più complesso, ma a esso correlato, è il tema della sofferenza psichica, per la quale, nonostante i grandi sforzi profusi, si è ancora lontani dal trovare una risoluzione

completa del problema. Provare un dolore è un qualcosa che entra stabilmente nella memoria delle persone, tanto che la sola ripetizione del ge-

per soffrire, ma per vivere. Forse serenamente, forse senza dolore.

Ci è sembrato allora corretto risalire alle origini della pratica assistenziale



Farmaci: anestetici, stimolanti ed oppioidi maggiori ordinatamente stoccati e suddivisi per colore

sto o delle circostanze che l'hanno causato possono scatenare riflessi di fuga anche a distanza di tempo dall'evento nocicettivo (quasi in una sorta di effetto anticipatorio di tipo "pavloviano"). Questo lo sanno benne i bambini che, quando fanno l'esperienza del dolore in ospedale, poi tentano di rifuggire da questo luogo nella maniera più vivace possibile. E forse, tra le altre questioni di cui si dovrebbe parlare all'interno del tema del dolore, dovrebbero ritornare anche le tematiche più squisitamente filosofiche e psicologiche: il dolore provato rimane, lavora nascostamente e modifica le percezioni, le emozioni, quindi il nostro vissuto.

Il dolore provoca dolore, perché crea esso stesso una nuova malattia. Perché porta squilibrio psichico e sofferenza. Perché l'uomo, nonostante abbia una struttura assai raffinata e affinata all'esperienza del dolore, di fatto non nasce

e di cura, così come rappresentata nei decenni che ci hanno preceduto; forse più o meno lontani, ma capaci di fornire quell'insostituibile bagaglio di conoscenze e di esperienze che hanno reso possibile lo sviluppo di moderni ed efficaci sistemi di cura. E ci è sembrato corretto risalire, ancora una volta (e in questo caso come detto l'ultima in questa rubrica), a quegli anni nei quali l'uomo fu costretto a uno dei più grandi e recenti sacrifici che si conoscano. Memori del suo centenario allora si è deciso di ritornare là sui campi di battaglia della Grande Guerra, nelle sue trincee e negli ospedali, più o meno attrezzati, che ne contornavano la linea del fronte; pur lasciando lo spazio per lanciarci in qualche excursus che parli di vicende e tematiche presenti in altri ambiti.

Noi infermieri, decisamente in quasi ogni contesto del nostro agire, abbiamo oramai assunto dimesti-

chezza con l'applicazione delle tecniche di analgesia e l'impiego dei farmaci analgesici, anche relativamente a quelle molecole note come "analgesiche maggiori", con probabile riferimento alla loro elevata efficacia e derivate da sostanze definibili "stupefacenti", quali i Fentanili, la Morfina o la Ketamina, tanto per citarne alcune.

Poche volte però, nonostante l'ampio uso che ne facciamo, ci soffermiamo a riflettere sulle intime vicende che hanno portato a scovare in natura, a scoprire e ri-sintetizzare queste molecole. Che ancora una volta affondano le proprie origini in una stretta comunanza tra storie di guerra e quindi di sofferenza e tentativi di mitigare quella stessa sofferenza dall'uomo procurata. In una sorta di contraddittorio circolo vizioso che solo la fine di ogni guerreggiare, da molti troppo semplicisticamente definibile come "pace" (perché la vera pace è qualcosa di estremamente complesso), può portare nella vita degli uomini.

Nella gestione del dolore, antico o moderno che sia, si incontrano le due correnti che compongono l'approccio sanitario: la cura e l'assistenza, il "to cure" e il "to care". Forse pochi altri settori della medicina incontrano una trasversalità così accentuata, che ci permetta di poter affermare che essendo il dolore di tutti, anche la sua assistenza e la sua cura siano appannaggio di tutti coloro che si occupano di cose sanitarie. Medici e infermieri, indistintamente.

E in questa tematica si incontrano i due termini che sempre più spesso vengono associati, perché complementari l'uno con l'altro e in grado, trasformati nella sostanza della pratica clinica, di portare reale sollievo alla persona con dolore: la sedazione e l'analgisia, unitamente accomunate, in anni più recenti, nel binomio che passa sotto il termine di "sedo-analgisia" o, in altri casi (ma i due termini non sono propriamente sinonimi) di "analgo-sedazione". Le pratiche mediche di risoluzione o riduzione del

o religiose, e diciamo volutamente "storpiature" (cioè cattive interpretazioni), hanno tentato di definire il dolore come utile per una sorta di pratica di purificazione poi, di pari passo, sempre nelle medesime epoche e culture, molti uomini fecero tutto quanto in loro potere, per mitigare questo stesso dolore.

Il dolore è un'esperienza che l'essere umano conosce fin dalla notte dei tempi, e che ha cercato di combattere con i mezzi e le forme con le quali poteva confrontarsi nelle diverse epoche e nelle varie culture.

È risaputo che, molto probabilmente, già gli antichi di cui è un buon rappresentante quell'uomo, di cui ne rimangono i resti mummificati, noto come "Uomo del Similaun", impiegasse sostanze naturali o uti-

lizzassero arti simili alla pratica dell'agopuntura, rimaste impresse come tatuaggi sul corpo, per tentare di offrire una risposta nei confronti del dolore.

Ma quella che sembra una scontata verità (il dolore è un qualcosa che deve essere combattuto), non sempre veniva percepita come tale all'inizio del XIX secolo, quando la concezione del dolore era ancora relegata in un ambito sostanzialmente sottratto alla scienza, se non in limitati spazi o situazioni di particolare apertura o illuminazione. Furono si-



Henri Jules Jean Geoffroy, "Senza Titolo", litografia a colori. Ci piace pensare che questa infermiera stia somministrando un analgesico al soldato ferito sofferente



Soldati chiaramente affetti da uno stato mentale alterato indotto da farmaci psicotropi

dolore iniziarono a svilupparsi in quei popoli e in quelle epoche nelle quali il sintomo algico non poteva più essere inteso come "inevitabile" o in certi casi addirittura "necessario"; ma come un elemento di disturbo che, quando possibile e se possibile, doveva essere combattuto. In effetti, se si affonda il proprio sguardo nella storia umana, non esiste tempo (neppure, come invece pensano taluni, nel "medioevo più nero") nel quale il dolore non sia stato combattuto. E se anche alcune storpiature di correnti filosofiche

curamente le correnti di pensiero romantico, più concentrate sull'intima esperienza individuale, o la filosofia "dei diritti umani" che si andava sviluppando nel 1800, tra i più forti catalizzatori di un cambio di mentalità che portò l'uomo a concepire il dolore come un qualcosa di pienamente nocivo quindi e da combattere e se possibile eliminare.

E forse, ancora una volta, furono le grandi sofferenze causate dalle guerre, le grandi guerre presenti negli ultimi due secoli della storia dell'uomo, a stimolare una riflessione per certi aspetti addirittura contraddittoria. Ricercando cioè la possibilità di continuare a lottare, a guerreggiare e nello stesso tempo provando a lenire il dolore dei tanti che in battaglia restavano orrendamente

feriti. E che urlanti tra le buche delle bombe si disperavano.

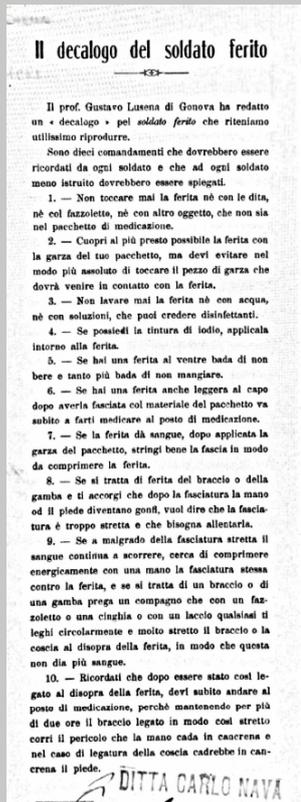
Quando si affronta il tema dell'analgisia, trasversalmente ai tanti conflitti che hanno interessato il nostro mondo occidentalizzato, non si può non pensare a quella classe di farmaci tra i più impiegati in contesti bellici; farmaci noti come oppioidi e oppiacei (i due termini sono quasi sinonimi, seppur con alcune differenze di carattere squisitamente tecnico). E non si può neanche evitare di affrontare, almeno marginalmente, il tema dell'abuso di questi stessi farmaci, magari estesi ad altri tipi di molecole in grado di modificare le percezioni, del dolore così come della fatica, o della paura o della sofferenza. Anche se un impiego "ordinario", o forse sarebbe meglio dire "pre-

scritto”, “medicalmente accettabile”, o “utile” si distanzia dall'abuso e dall'uso incongruo, solo grazie ad un esile confine, non sempre così dettagliato e a volte addirittura confuso. Si pensi per esempio alla Germania Nazista, dove in un diffuso sentimento di perbenismo, o forse di propaganda di sani usi e consumi, cioè di sedicente benessere, venissero bandite le allora definite “droghe”. Salvo poi leggere (per esempio in una lettera inviata da un soldato il 9 novembre 1939) che molti camerati nelle prime file, per meglio affrontare, o forse nella sola maniera per poter affrontare, le sofferenze della battaglia, assumessero un derivato dell'efedrina, appositamente prodotto dalla tedesca Temmler, noto anche ai nostri giorni come “Pervitin” e appartenente alla categoria delle amfetamine. In questo caso la molecola non aveva l'obiettivo di sedare un dolore, ma comunque di lenire una sofferenza, una paura o un terrore; l'orrore cioè di lanciarsi all'attacco, in battaglia, in una guerra particolare (e per molti aspetti non ancora ben compresa) quali furono le cosiddette

“Blitzkrieg”, le Guerre Lampo, condotte dalla Wehrmacht nelle prime fasi del Secondo Conflitto Mondiale. Si trattava di guerre e battaglie caratterizzate da

spondeva a questo quesito proprio nella rivista “Klinische Wochenschrift”, affermando che l'impiego di sostanze psicoattive avrebbe sicuramente mitigato l'ansia dell'attacco, migliorando così le performance di soldati, piloti d'aereo, caristi e comandanti. Il farmaco “Pervitin” fu così efficace e diffuso che tra l'aprile e il luglio del 1940 ne furono prodotte 35 milioni di compresse. Ma anche durante il Primo Conflitto Mondiale l'uomo inventò, si fa per dire, degli stratagemmi per meglio affrontare il dolore, l'ansia e il terrore degli attacchi e del tambureggiare micidiale dell'artiglieria. Agli italiani della Grande Guerra prima degli assalti venivano spesso distribuite generose dosi di “Sgnapa”, termine che storpiava la parola austriaca “Schnaps”, con la quale si identificava una sorta di surrogato della grappa o acquavite. Ne parleremo brevemente poco oltre. E per saltare a 50-60 anni più tardi, ai soldati americani impegnati in Vietnam venivano ancora una volta consegnate sostanze psicoattive, tra le quali nuo-

vamente le amfetamine, ma anche gli analgesici maggiori. Venivano inoltre raccomandate non più di 20 milligrammi di Dextroamphetamine in 24-48 ore, ma generalmente la posologia veniva moltiplicata dai singoli soldati in una spirale in crescita che sfociava molto spesso in una successiva dipendenza tossica. Il tentativo di ridurre la sofferenza mentale, attraverso l'assunzione di farmaci psicotropi, ebbe però l'effetto desiderato: la GlaxoSmithKline produsse la Thorazine (clorpromazina), psicofarmaco ampiamente diffuso tra i soldati. Tanto che se il fenomeno delle nevrosi gravi e della psicosi acuta in battaglia rappresentò il 10% durante la Seconda Guerra Mondiale (non vi sono dati certi riguardo al Primo Conflitto ma i numeri dovettero essere spaventosi) si scese al 4% durante il conflitto coreano e a “soltanto” all'1,2% in Vietnam, proprio grazie all'effetto tampone di questi potenti farmaci. E tutto questo quindi in una posizione che si discosta in parte da quell'immagine generalizzata, forse resa pubblica anche grazie a una diffusa cinematografia, del soldato impegnato in Vietnam, sempre e costantemente affetto da psicosi. Ciò non accadeva anche grazie sicuramente alle nuove “droghe” saggiamente e generosamente distribuite ai soldati che, assumendole, riducevano la propria percezione e consapevolezza e quindi la probabilità di ingenerare malattie psichiche (che comunque, è bene ricordarlo, venivano rappresentate in un soldato su cento).



Stampa de “Il Decalogo del Soldato Ferito”. In nessuno dei dieci punti elencati dal “decalogo” del dr. Lusena si accenna al trattamento del dolore. Questo “decalogo” era consegnato ad ogni soldato, con il pacchetto personale di medicazione. Veniva ovviamente consegnato anche a quei soldati (ed erano la maggior parte) che erano analfabeti. Allora, a differenza di quanto avvenne con il Secondo Conflitto Mondiale, i singoli fanti potevano fare ben poco per combattere il sintomo algico (collezione privata dell'autore)

un ampio e veloce impiego di mezzi meccanizzati (per esempio carri armati) e dal lancio di agguerrite truppe di terra; questo tipo di strategia lasciava poco tempo al “nemico” per consolidare le proprie difese; ma lasciava anche poco tempo al soldato attaccante per comprendere che cosa stesse accadendo. In un turbine di assoluta follia quale mai fu conosciuto forse neppure tra gli orrori dei campi di battaglia della Grande Guerra. Come affrontare psicologicamente e fisicamente questo tipo di sforzi? Come l'uomo-soldato avrebbe potuto sopportare tutto ciò? Il dr. Otto Ranke ri-

Altra sostanza diffusa tra i soldati francesi della Grande Guerra era un preparato, venduto perlopiù al mercato nero e a costi accessibili alle scarse possibilità dei soldati, famosissimo nel suo nome: l'assenzio. Bevanda fortemente alcolica, oltre che a una dipendenza psico-fisica notevole, poteva riportare a manifestazioni psicotiche e a crisi epilettiche, in genere quando diveniva sostanza d'abuso e perlopiù nelle sue distillazioni meno pregiate, ottenute colorando il preparato non con la clorofilla (così come invece indicato nella ricetta originale), ma con il tossico solfato di rame. Un riscontro storico mostra però che tale bevanda, per quanto tanto decantata (per esempio dai "poeti maledetti") nel XIX secolo e tanto vituperata all'inizio del '900, non avesse in realtà particolari proprietà negative, o effetti spiccatamente psicogeni, quando confrontata con altri preparati allora diffusi, quali tipicamente i superalcolici. Se non per un conseguente notevole abuso, quale invece, questo sì, poteva facilmente riscontrarsi tra i soldati in guerra.

Ma al di là di questi espedienti che, sostanzialmente, miravano a creare un soldato più forte e più agguerrito, o a mitigare, frastornando, il senso dell'orrore, anziché tentare di alleviarne le reali sofferenze, si svilupparono, già dalla Guerra Civile Americana e soprattutto durante la Grande Guerra, dei reali tentativi di analgesia controllata. Alla pratica chirurgica sopraffina, di chirurghi che si vantavano

di essere in grado di effettuare amputazioni di arti in pochi minuti (per ridurre al minimo la sofferenza del paziente), iniziarono a essere impiegate quelle molecole che la più moderna chimica iniziò a rendere disponibili sul "mercato" della guerra.

Nel 1527 Paracelso, studioso alchimista, produsse il famosissimo laudano, ottenuto come tintura di oppio ed alcool etilico. Nel 1600, il cosiddetto padre della medicina inglese Thomas Sydenham rac-

la morfina nel 1804, e la morfina iniziò ad essere prodotta in Germania dal 1820 e negli Stati Uniti nel decennio successivo. La morfina può essere a ragione quindi considerata la prima molecola farmaceutica isolata a partire da un prodotto naturale, l'oppio (a cui poco dopo seguirono la codeina e la papaverina). Nel 1898 la Bayer introdusse una molecola simile alla morfina, la diacetilmorfina, creata in realtà per il trattamento della tosse, e nota al grande pubblico con il

nome di eroina (grazie all'opera prima di C.R. Alder Wright, quindi di Felix Hoffman), non senza il corteo susseguente di nuovi malati, quelli cioè affetti da narcomania. Durante la Grande Guerra l'eroina era infusa per via venosa soltanto ai soldati morenti, o a coloro che (sempre in fin di vita) manifestavano eccessiva angoscia o agitazione psico-motoria. Quindi non veniva distribuita "sul campo", in maniera standardizzata, a tutti i soldati feriti.

È curioso notare come la stessa Bayer sintetizzò, più o meno negli stessi anni, una molecola di tutt'altra natura, l'acido acetilsalicilico che, anticipando di quasi un secolo le direttive dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, andrà ad accompagnare gli oppiacei nel trattamento del dolore

di lieve e media entità, già proprio sui campi di battaglia del Primo Conflitto Mondiale, dove "l'aspirina" soprattutto in Italia trovò un'assai ampia diffusione. I tentativi di lenire il dolore portarono alla nascita di una nuova figura sanitaria. Proprio durante il Primo Conflitto Mondiale può essere collocata la nascita della specialità (allora però non si chiamava ancora così) dell'anestesia e, di conseguenza, della figura dell'anestesista. La necessità di trasferire soldati dalle prime file alle retrovie per le cure necessarie, molto spesso di tipo chirurgico, viste le gravi e complesse ferite causate da artiglierie e armi da fuoco, richiesero l'adozione di tecniche anestesologiche di sedazione (prima), anestesia (durante) e analgesia (prima, durante e dopo) l'atto chirurgico. Questo per il motivo, raccolto in un adagio in uso durante la Prima Guerra, che recitava che non era raro che un soldato temesse un chirurgo, e il dolore da lui provocato, esattamente quanto e più che il nemico!

Un membro dello staff clinico si dedicava proprio alla pratica anestesologica e analgesica, configurandosi quindi come vero e proprio precursore dell'anestesista. E si potrebbe anzi dire che la figura dell'anestesista nacque qualche anno prima della guerra, nel 1905, grazie all'impiego combinato di cloroformio e novocaina, quest'ultima gelosamente amministrata e custodita in gran segreto (almeno per alcuni anni) dai tedeschi. Il numero dei feriti che giungevano ai posti di pri-

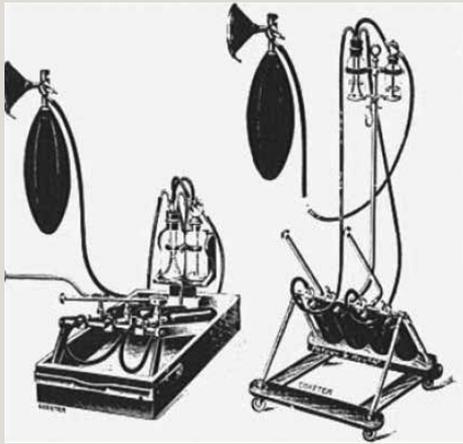


La morfina, così come presentata in una rivista dell'epoca (collezione privata dell'autore)

comandava il laudano per trattare la diarrea (grazie al suo effetto collaterale di ingenerare stipsi), l'insonnia e il dolore.

E così gli oppioidi furono il trattamento standardizzato del dolore (anche di quello cronico) durante una buona parte del 1800. Friedrich Wilhelm Serturmer isolò la molecola del-

mo soccorso era davvero infinito, se si pensa che durante la battaglia della Somme, un piccolo avamposto di soccorso noto come Gézaincourt, ricevette in tre giorni di intensa battaglia ben 11.186 soldati feriti. Fu così che



Macchina di Marshall, in uso nell'ultima parte della Prima Guerra Mondiale, per l'erogazione di protossido di azoto

il Capitano Arthur Guedel, già versato nell'arte anestesologica, americano di nascita ma giunto sul fronte occidentale durante la Grande Guerra, impostò corsi di formazione sul campo diretti ai giovani medici (anestesiisti) e agli infermieri, per renderli abili in quelle pratiche che allora stavano ancora nascendo, distribuendo tra l'altro delle schede di riferimento per il monitoraggio dello stato anestesologico e del livello di sedazione dei pazienti. Negli anni successivi il Capitano Geoffrey Marshall fu uno dei primi medici a ritenere fondamentale il monitoraggio dei pazienti con shock emorragico, sia prima che durante l'intervento chirurgico, osservando e misurando con precisione

le relative risposte cliniche all'impiego di differenti tipologie di anestetico.

Proprio in questi anni iniziò a rendersi palese una evidente incongruenza, che caratterizzava i seppur abilissimi chirurghi di guerra: non era possibile effettuare abili manovre chirurgiche e nello stesso tempo ritenersi dei buoni "anestesiisti". Insomma, le specialità a cui oggi siamo avvezzi iniziavano a delinearsi con una certa chiarezza. Anestesiisti dell'epoca erano così all'avanguardia da saper praticare anche anestesie spinali o loco-regionali (dr. George Crile e il

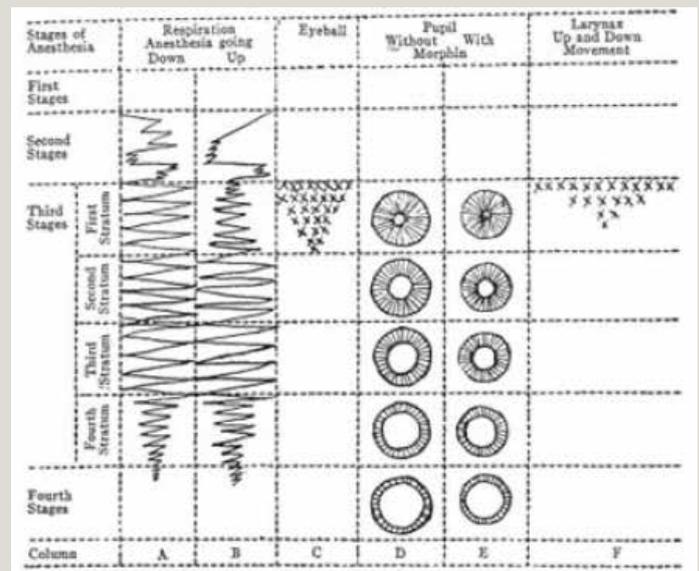
già citato Arthur Guedel). Non bisogna pensare che in tutti gli ospedali di frontiera, soprattutto quelli più generalmente affollati, perché a ridosso della prima linea, si potessero attuare queste tecniche per tutti i soldati feriti od operati (anche perché i feriti erano davvero molti, troppi rispetto alla capacità ricettiva del personale sanitario).

Ma queste innovazioni erano per l'epoca delle vere e proprie conquiste, se si considera che la somministrazione di protossido di azoto (gas dagli effetti dissociativi, analgesici e anestetici), avveniva anche negli ospedali a ridosso delle linee di guerra, grazie ai nuovi ritrovati tecnologici che avevano approntato gli adeguati mezzi di stoc-

caggio, di misurazione e di somministrazione delle differenti concentrazioni dei gas medicali.

Una certa esperienza, poi applicata anche durante il Primo Conflitto Mondiale, venne maturata durante le guerre Boere in Africa (in particolare la seconda, dal 1899 al 1902), dove a causa delle particolari condizioni climatiche molti soldati morivano meno per le pallottole, ma più per le conseguenze delle ferite quali gangrene o sepsi, tra atroci tormenti, resi in parte mitigati dall'uso sistematico di morfina e cloroformio. Questi due farmaci erano dunque già ben noti e "ma-

l'analgesia veniva praticata ai pazienti in maniera non sempre sistematica anche se almeno sul fronte occidentale spesso era erogata negli ospedaletti di frontiera, già durante la prima fase di cura e la relativa stabilizzazione clinica. Personale medico era in grado di somministrare la morfina direttamente in trincea o peggio ancora sui campi di battaglia (non era ovviamente possibile impiegare in questi luoghi gas quali il protossido di azoto, per gli evidenti limiti di stoccaggio e distribuzione). La via di somministrazione prescelta fino a quel periodo era quella



La scheda di monitoraggio del paziente sedato con etere, elaborata durante la Grande Guerra da Arthur Guedel

neggiabili", perché ampiamente testati, durante il periodo '15-18.

Altre combinazioni di anestetici erano l'ACE (alcol, cloroformio ed etere) e l'E-CE (cloroetano, cloroformio ed etere).

Durante la Grande Guerra, come abbiamo già visto nei nostri precedenti articoli,

orale, praticabile anche sul campo, o l'endovenosa per i soldati moribondi; ma l'invenzione delle siringhe ipodermiche in vetro, già sviluppate verso la metà del XIX secolo, favorì una posologia più accurata e più adeguata del farmaco, con la riduzione di quei fenomeni avversi (quali la de-

pressione respiratoria) che spesso “accadevano” durante le pratiche dell'800 come conseguenza di un non voluto sovradosaggio. Le siringhe in vetro non venivano impiegate ovviamente in trincea (perché tra l'altro erano molto fragili per natura), ma sicuramente negli ospedali più attrezzati e anche in qualche ospedaletto di frontiera. Per poter concedere al soldato analgesici morfiniti direttamente in combattimento bisognerà attendere l'invenzione della “Syrette”, una sorta di tubetto ripieno di morfina e terminante in un ago, somministrabile anche da personale non sanitario e facente parte del kit di autosoccorso di ogni soldato. Ma questa ulteriore invenzione arriverà durante la Seconda Guerra Mondiale e verrà poi ampiamente utilizzata nel conflitto coreano e vietnamita. I compagni del soldato ferito potevano così somministrare per via intramuscolare o sottocutanea, direttamente anche attraverso il vestiario, la dose dovuta di morfina.

Sempre durante la Grande Guerra veniva impiegato anche un altro oppioide a scopo analgesico, o forse più che altro per rendere il soldato più forte e in grado di sopportare il dolore: la cocaina. Non propriamente analgesico, riduceva però la percezione del sintomo e creava le condizioni per una maggiore “combattività”. Sebbene non diffusa come la morfina, la cocaina venne pensata più per mantenere il soldato vigile, che non per offrire sollievo e lenire il dolore. L'impiego delle amfetamine arriverà

invece, come già affermato più sopra, con il successivo conflitto mondiale. Sempre nella Seconda Guerra Mondiale, vennero scoperte e sintetizzate nuove molecole, come il Pentotal o la Procaina, il Metadone e la Petidina; anche se l'impiego poco “raffinato” del Pentotal Sodico causò un certo numero di vittime tra i feriti, durante l'attacco giapponese a Pearl Harbour. Uno dei primi tentativi di lenire il dolore, fisico o psichico che fosse, fu introdotto come già detto proprio dai soldati stessi, che impiegavano massic-

ce quantità di alcolici per stordirsi, per non pensa-

re al domani (o ai pochi successivi minuti che li avrebbero visti probabilmente preda di furibonde situazioni di assurdità) e per rendere meno pesante la loro presenza in prima linea. L'impiego dell'alcool fu in effetti una delle più diffuse abitudini, associato molto spesso all'abuso, dei soldati in prima linea. Molta letteratura narrativa al riguardo ricorda di generose quantità di “cordiale” offerto prima dei lanci della fanteria contro le linee nemiche, anche se alcuni soldati lo rifiutavano, perché consci che lo stordimento che ne derivava li avrebbe esposti a ben più significativi rischi. Anche il tabacco era diffuso, fumato dai soldati italiani perlopiù in pipe: si trovano ancora, nelle vecchie trincee di alta montagna, rudimentali pipe scolpite direttamente dai soldati, che molto spesso abusavano, come sovente accade, di questa ulteriore sostanza. Le sigarette divennero tra gli anglo-americani un “bene” ordinario, considerato indispensabile e fumate nella quantità di circa 14 milioni



Istruzioni di impiego della Syrette, secondo il manuale di battaglia di primo soccorso FM 21-11 del 1943. Questo presidio di somministrazione rapida di morfina, utile per l'autocura, non era ancora a disposizione durante la Grande Guerra



La Pervitina (Pervitin), una amfetamina distribuita tra i soldati della Wehrmacht durante la Seconda Guerra Mondiale

al giorno nel solo esercito statunitense; così necessarie tanto da rientrare nel pacchetto di sopravvivenza di cui sarà dotato ogni soldato, dalla Grande Guerra in poi. Un altro problema legato al dolore era quello popolarmente noto come "sindrome dell'arto fantasma", cioè il dolore conseguente all'evento amputatorio, generalmente chirurgico, operato a seguito di gravi ferite. Numerosi casi di dipendenza da stupefacenti che colpirono i soldati furono largamente legati all'ampio uso di oppioidi prescritti per trattare questo tipo di problema. Gli inglesi ebbero 41.000 amputati, su sette milioni di soldati impegnati al fronte. La maggior parte di questi soldati subì amputazioni chirurgiche con il cosiddetto sistema della "ghigliottina", sconsigliato già all'epoca per le conseguenze sul dolore cronico che la tecnica garantiva con una sicurezza quasi sconcertante; venivano quindi proposte delle tecniche di amputazione alternative che, lesionando in maniera meno traumatica le strutture nervose, avrebbero diminuito di un buon 30-40% i casi di sindrome dell'arto fantasma. E quindi, forti del gran numero di soldati feriti e sofferenti, quindi confortati da una enorme esperienza diretta, proprio durante le guerre la scienza fu resa in grado di affrontare anche il problema del dolore; iniziando ad approcciarlo in maniera sistematica e con metodi molto vicini al nostro modo di agire quotidiano. In questi anni furono ritrovate nuove molecole analgesiche e fu introdotta



Dolore... Che altro? (lastra originale, collezione privata dell'autore)

la specialità dell'anestesi-
sta, sconosciuta negli anni
precedenti al Primo Con-
flitto Mondiale.

Ma tutto questo avvenne
però solo al prezzo di in-
numerevoli dolori, provati
da poveri individui, perso-
ne disperate, chiamate al
più alto sacrificio; e di al-
trezzante contraddizioni.
Tra la genialità di uomini
illuminati, supportati si-
curamente da uno spiri-
to umanistico di grande
valore, e tentativi operati
"sul campo". Tra successi
e insuccessi. Tra slanci di
eroismo e cadute nella più
bieca disumanità. Solo a
questo prezzo la moderna
scienza anestesologica e
analgesica ha potuto af-
fermarsi, specializzarsi e
ulteriormente raffinarsi nei
suoi contenuti e nelle sue
tecniche. Senza dimenti-
care che, dietro e davanti
ad ogni persona sofferen-
te e oltre ogni cura ed as-
sistenza c'è sempre stato,
c'è, e sempre ci sarà anche
un infermiere.

Bibliografia

- Cazzullo A. (2014). *La Guerra dei nostri nonni*. Mondadori: Milano
- Courington F.W., Calverley R.K. (1986). *Anesthesia on the western front: the Anglo-American experience of World War I*. *Anesthesiology*. 65:642-653.
- Editoriale. *The war on drugs*. (1995). *British Medical Journal*. 311:1655
- Edwards D.S., Mayhew E.R., Rice A.S. (2014). "Doomed to go in company with miserable pain": surgical recognition and treatment of amputation-related pain on the Western Front during World War I. *The Lancet*. 384:1715-1719
- Laffin J. (1999). *Combat Surgeons*. Wiltshire: Sutton
- Lee E. (2003). *Silencing Pain Amidst the Gunfire World War I and the Development of Anesthesia*. *Canadian Anesthesiologists' Society*. 18(4)
- Marsh N., Marsh A. (2000). *A Short History of Nitroglycerine and Nitric Oxide In Pharmacology and Physiology*. *Clinical and Experimental Pharmacology and Physiology*, 27:313-319
- Meldrum M.L. (2003). *A capsule history of pain management*. *Journal of American Medical Association*. 290(18):2470-2475
- Metcalfe N. H. (2007). *The effect of the First World War (1914-1918) on the development of British anaesthesia*. *European Journal of Anesthesiology*. 24:649-657
- Schiff, P.L. (2002). *Opium and Its Alkaloids*. *American Journal of Pharmaceutical Education*. 56:186-194
- Ryan J. (2001). *The Isolation of Morphine - First Principles in Science and Ethics*. *Molecular Interventions*. 1:189-191



L'ORDINE INFORMA POLIZZA ASSICURATIVA FNOPI

La Federazione nazionale degli Ordini delle Professioni infermieristiche (FNOPI) ha reso disponibile da gennaio 2019, come risultato di due gare europee per l'identificazione del broker e della compagnia assicuratrice, per tutti gli iscritti, anche se senza alcun obbligo di adesione, una polizza assicurativa per responsabilità per colpa grave.

Si tratta di un'unica soluzione assicurativa, accessibile da parte di tutti gli iscritti all'Albo degli Infermieri o Infermieri Pediatrici tramite l'apposita area dedicata del sito www.fno-pi.it, per tutelare:

- attività svolta in regime di dipendenza per conto del SSN;
- attività svolta presso Strutture Sanitarie o Sociosanitarie private;
- attività svolta in regime di libera professione;
- attività svolta per il tramite di cooperative.

I punti di forza della polizza proposta sono:

- apertura del sinistro fin dalla ricezione di comu-

nicazione ex Art. 13 L. 24/2017 (c.d. legge "Gelli") da parte dell'Azienda di appartenenza;

- retroattività illimitata;
- postuma decennale;
- massimale pari a 5.000.000 di euro;
- coperti anche danni di natura patrimoniale legati ad ambiti amministrativi e gestionali;
- nessuna franchigia e/o scoperto.

La polizza in convenzione contiene tutte le coperture obbligatorie previste dalla legge 24/2017, e ora, distintamente dalla polizza proposta, anche eventuali altre tutele, come quella legale, identificate dal broker e liberamente messe a disposizione per quanti interessati.

La polizza, su base volontaria, può essere sottoscritta singolarmente o in aggiunta alla polizza di RC Professionale e assicura le spese legali e di giustizia in caso di procedimento penale nell'ambito dell'attività professionale infermieristica svolta.

Il tutto relativamente a delitto colposi o contravvenzioni (compresi i procedi-

menti penali derivanti da violazione delle norme di cui al D.Lgs 81/2008 e successive modifiche di leggi collegate in materia di salute e sicurezza nei luoghi di lavoro).

Per ottenere un preventivo e la relativa attivazione della polizza si potrà accedere tramite l'apposita piattaforma informatica dal portale www.marsh-professionisti.it/infermieri attraverso un'apposita area dedicata.

In questa piattaforma Marsh e Morganti offrono soluzioni assicurative dedicate agli infermieri e ad gli infermieri pediatrici.

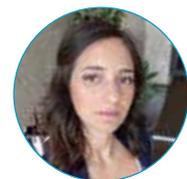
Marsh, leader mondiale nell'intermediazione assicurativa e nella consulenza sui rischi, opera in team con i propri clienti per definire, sviluppare e offrire soluzioni innovative, specifiche per ogni settore, che aiutino i clienti stessi a proteggere il loro futuro e crescere.

Marsh conta oltre 25.000 colleghi che collaborano per fornire servizi di consulenza per l'analisi e la

gestione del rischio in oltre 100 Paesi.

Marsh, insieme a Guy Carpenter, Mercer e Oliver Wyman, fa parte del gruppo Marsh & McLennan Companies, azienda mondiale di servizi professionali con 52.000 dipendenti e ricavi superiori ai 10 miliardi di dollari. Morganti, broker che vanta una consolidata specializzazione nel comparto sanitario e nella fornitura di soluzioni assicurative per gli esercenti le professioni sanitarie e sociosanitarie, oltre ad una forte vocazione alla consulenza ed alla formazione. Gli infermieri e gli infermieri pediatrici possono inviare lettere, comunicazioni e documenti ai riferimenti presenti nella sezione contatti o mediante PEC all'indirizzo affinity@cert.marsh.it

La presente scheda ha finalità informative e non impegna il broker o l'assicuratore per il quale valgono le condizioni contrattuali presenti nel Set Informativo e sottoscritte dalle parti. **Leggere attentamente il Set Informativo.**



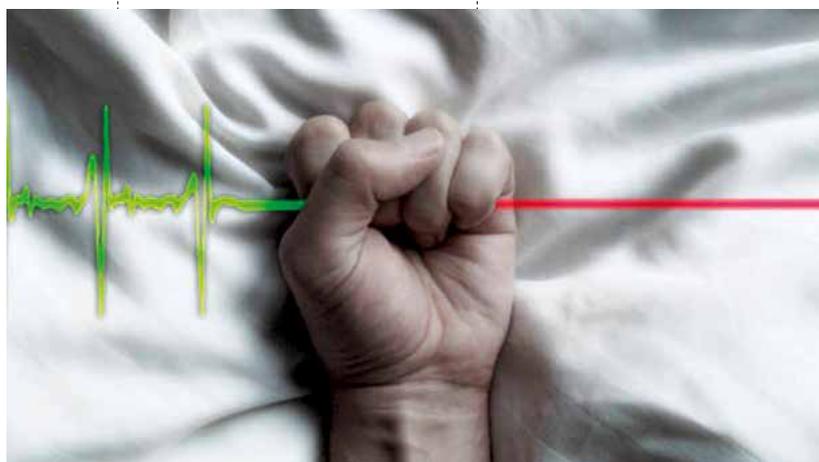
Il vissuto dei familiari di persone sottoposte a sedazione palliativa nell'imminenza della morte

Abstract

Le persone assistite con malattia allo stadio terminale sperimentano a volte, nei loro ultimi giorni di vita, una sofferenza intollerabile e per loro la sedazione palliativa rappresenta una possibilità terapeutica finalizzata al sollievo da sintomi divenuti ormai incontrollabili. L'utilizzo di questo trattamento pone molteplici questioni etiche e procedurali e ha un notevole impatto emotivo sui professionisti sanitari, sul paziente e sui familiari. Questi ultimi, in particolare, restano accanto al malato negli ultimi giorni di vita e necessitano di un'assistenza complessa che li aiuti ad affrontare

un momento così impegnativo. Lo scopo di questo elaborato è conoscere le loro esperienze per individuare le problematiche a esse correlate e le migliori modalità di gestione. Il lavoro è stato sviluppato attraverso una revisione della letteratura condotta mediante consultazione di

National Library, CINAHL e PsycINFO. Dall'analisi degli studi reperiti emerge una valutazione complessivamente positiva dell'esperienza vissuta dai familiari, che tuttavia sperimentano un *distress* riconducibile a due problematiche principali: la fase decisionale e il processo comunicativo,



tre banche dati autorevoli: Medline sulla piattaforma elettronica *Pubmed* della

con le loro ripercussioni sul vissuto emozionale nell'immediato e nel tempo. Per

* Infermiera, laureata in Infermieristica presso l'Università degli Studi dell'Insubria. Vincitrice del Premio "nurses2care: la capacità di generare valore 2019".

L'infermiere nelle cure palliative



contribuire alla riduzione di questo *distress* la letteratura suggerisce che i professionisti sanitari abbiano una formazione specifica, indispensabile per gestire adeguatamente la sedazione palliativa con le sue implicazioni sull'etica e sulla deontologia professionali.

Introduzione

Le cure palliative, nate nel Regno Unito durante gli anni '60 e approdate in Italia negli anni '80, sono definite dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) "un approccio che migliora la qualità della vita dei malati e delle loro famiglie, che si trovano ad affrontare problematiche associate a malattie inguaribili, attraverso la prevenzione e il sollievo dalla sofferenza per mezzo di un'identificazione precoce e di un ottimale trattamento del dolore e delle altre problematiche di natura fisica, psicologica e spiri-

tuale" (WHO, 2002). Ma è solo nel 2014 che l'OMS approva all'unanimità un documento che impegna tutti gli Stati a sviluppare le cure palliative, riconosciute come un diritto umano fondamentale (CNB, 2016) di cui si stima necessitino ogni anno oltre 19 milioni di persone (WPCA, WHO, 2014). Esse, più che ogni altra realtà, intendono il curare e l'assistere come prendersi cura del malato nella sua globalità e nel rispetto della sua dignità e autonomia, con un'attenzione che è "sistematicamente focalizzata sulla persona piuttosto che sulla malattia" (Silvestro, 2013). In questo contesto, le necessità dei pazienti sono principalmente legate al controllo di sintomi fisici e psicologici (SICP, 2013) tra i quali si pone come elemento trasversale il dolore, inteso nell'accezione più ampia di "dolore totale" così come descritto sin dal 1967 da Cicely Saunders,

risultato di una sofferenza insieme fisica, psichica, sociale e spirituale (Micinesi *et al.*, 2017) che influenza la qualità della vita dei pazienti e dei loro familiari. Nonostante i progressi compiuti nel campo delle cure palliative, alcuni pazienti continuano a sperimentare gravi sofferenze dovute al persistere di sintomi "resistenti al miglior trattamento possibile o accettato dal malato". In fase avanzata di malattia, questa condizione, associata all'imminenza della morte, rappresenta indicazione alla sedazione palliativa (Prandi, 2015), intesa come "riduzione intenzionale della vigilanza con mezzi farmacologici, fino alla perdita di coscienza, per ridurre o abolire la percezione di un sintomo, altrimenti intollerabile per il paziente, nonostante siano stati messi in opera i mezzi più adeguati per il controllo del sintomo, che risulta, quindi, refrattario" (SICP, 2007).

Tuttavia, le statistiche relative alla sua frequenza di utilizzo risentono della mancanza di una definizione univoca e condivisa e delle differenze culturali, elementi che influenzano la classificazione del trattamento in quanto tale e la sua pratica clinica. Infatti, i dati disponibili attestano un ricorso alla sedazione palliativa che varia dall'1% a oltre il 60% nei diversi Paesi e contesti assistenziali (Tursunov *et al.*, 2016; Koike *et al.*, 2015; Bruinsma *et al.*, 2013; SICP, 2007).

Questo trattamento, sia pur legittimato eticamente (CNB, 2016), porta con sé molteplici questioni etiche e procedurali con le quali si confrontano costantemente i professionisti sanitari, i pazienti e i loro familiari (SICP, 2007). Per questo, la *European Association for Palliative Care* (EAPC) auspica l'utilizzo di linee guida che indirizzino a una corretta applicazione della procedura e ha proposto al riguardo un quadro di riferimento per la loro redazione (Cherny *et al.*, 2009). In esso, come in altre fonti, grande rilievo viene dato alla famiglia della persona assistita, già considerata elemento fondamentale incluso nella definizione di cure palliative della *World Health Organization* (WHO), della EAPC e, in Italia, della Legge 38/2010. I familiari del malato fanno parte dell'intero processo di cura, all'interno del quale devono essere adeguatamente coinvolti e supportati. I professionisti che operano in questo contesto sottolineano con forza quanto ciò sia importante per prevenire condizioni di *distress* e lutto patologico, tanto

L'infermiere nelle cure palliative



più rischiose quando nell'imminenza della morte del proprio caro, che sperimenta una sofferenza ormai incontrollabile, si decide di ridurre intenzionalmente il suo stato di coscienza fino ad annullarlo e perdere ogni contatto con esso.

Alla luce di quanto sopra, la domanda di ricerca che mi sono posta è: Quali sono i vissuti dei familiari di persone adulte, sottoposte a sedazione palliativa nell'imminenza della morte? L'obiettivo è esaminare le problematiche vissute dai familiari durante il processo di sedazione, al fine di offrire loro un'adeguata risposta assistenziale. La ragione che mi ha spinto ad approfondire questa tematica nasce da due esperienze, una personale e una di tirocinio, in cui i familiari di persone sedate hanno, nel primo caso (al domicilio), sperimentato un *distress* che li ha portati alla convinzione, perpetuata nel tempo, di aver contribuito ad accelerare la morte del proprio caro e, nel secondo (in struttura dedicata), a chiedere che venisse interrotta la sedazione intrapresa. Il primo

documento approfondito è una revisione sistematica della letteratura del 2012, che analizza studi condotti raccogliendo per lo più testimonianze di terzi, soprattutto professionisti sanitari. Successivamente ho cercato studi contenenti vissuti raccolti direttamente dai familiari coinvolti in diversi contesti assistenziali. Inizialmente ho approfondito la tematica tramite una ricerca bibliografica su *Google Scholar* e consultando libri di testo reperiti presso la Biblioteca dell'Università degli Studi dell'Insubria e dell'Università di Milano-Bicocca. Quindi ho effettuato la Search dal portale Insubria Biblioteche e Risorse Elettroniche (InsuBRE) mediante consultazione di tre banche dati: *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL), *Medline* sulla piattaforma elettronica *Pubmed della National Library e PsycINFO*. La ricerca è stata eseguita in Medline sia per parola libera che tramite *Medical Subject Headings* (MeSH), mentre in CINAHL e PsycINFO solo per parola libera. In tutte e tre le banche dati ho impostato il limite temporale di 10 anni e, tra gli studi reperiti, ho analizzato solo quelli non inclusi nella revisione sistematica. Da sottolineare inoltre che tra i risultati della ricerca su

PsycINFO, gli articoli utili al mio scopo erano già stati reperiti nelle altre due banche dati. Le stringhe di ricerca sono state composte unendo parole chiave e termini del vocabolario controllato tramite gli operatori booleani AND e OR e, in alcune di esse, è stata utilizzata la troncatura (*) per reperire tutto il materiale contenente la radice indicata (Sironi, 2010). Gli articoli non disponibili in *full text* sono anch'essi stati richiesti alla Biblioteca dell'Università degli Studi dell'Insubria. I dettagli della ricerca effettuata sono documentati negli allegati 1 e 2 (*Search History e Search Strategy*). Nell'allegato 3 è invece contenuta la *Critical Appraisal* degli studi selezionati per rispondere alla domanda di ricerca, condotta prendendo come riferimento gli allegati 8 e 16 del testo "Introduzione alla ricerca infermieristica. I fondamenti teorici e gli elementi di base per comprenderla nella realtà italiana" di Sironi C. (2010). L'elaborato è costituito da un primo paragrafo di approfondimento sul proces-

so di sedazione palliativa alla luce della letteratura reperita e da due successivi paragrafi dedicati ai risultati emersi dagli studi analizzati; di questi, il primo paragrafo prende in esame il vissuto dei familiari rispetto al processo decisionale-comunicativo mentre il secondo ne indaga il vissuto emozionale nell'immediato e nel tempo. Nelle conclusioni ho infine riportato le principali problematiche emerse in relazione ai temi appena citati, i risvolti per la pratica professionale, tra i quali emerge l'importanza di una formazione specifica e dell'acquisizione di competenze specialistiche, e le implicazioni di natura etica e deontologica, con particolare riferimento alla legittimazione della sedazione palliativa quale trattamento terapeutico distinto dall'eutanasia e riconosciuto dalle principali prospettive bioetiche.

1. Il processo di sedazione palliativa: presupposti e concetti dalla letteratura

Poiché il panorama scientifico presenta differenze





rilevanti circa terminologia, definizione, durata e modalità di attuazione della sedazione palliativa, è per prima cosa importante chiarire ciò di cui si tratta nel presente elaborato, ovvero di quella che il Comitato Nazionale per la Bioetica ha proposto di chiamare “sedazione palliativa profonda continua nell'imminenza della morte” (CNB, 2016). Essa ha una durata media di 2-8 giorni e le circostanze che la legittimano eticamente sono: “consenso informato del paziente, malattia inguaribile in stadio avanzato, morte imminente generalmente attesa entro poche ore o pochi giorni e presenza di uno o più sintomi refrattari con sofferenza intollerabile per il paziente” (CNB, 2016). Al riguardo, si intende per refrattario quel “sintomo che non è controllato in modo adeguato, malgrado sforzi tesi a identificare un trattamento che sia tollerabile, efficace, praticato da un esperto e che non comprometta lo stato di coscienza” (SICP, 2007). Tra i sintomi più frequentemente citati come tali vi sono dispnea,

nausea, vomito, dolore, *delirium* iperattivo e perché sia garantita l'appropriatezza clinica ed etica della scelta di avviare la sedazione, è bene che la loro refrattarietà venga accertata e monitorata da un'*équipe* multidisciplinare esperta in cure palliative (CNB, 2016). Più dibattuta e controversa è invece la questione relativa all'utilizzo della sedazione palliativa in risposta alla refrattarietà di un disagio psico-esistenziale.

La sedazione palliativa, come sopra definita e descritta, ha un forte impatto emotivo su tutti i soggetti/attori coinvolti: pazienti, familiari e professionisti sanitari (Vayne-Bossert, Zulian, 2013). Tra questi ultimi, gli infermieri rivestono un ruolo importante all'interno dell'*équipe* multidisciplinare, poiché partecipano alla valutazione dei sintomi, al riconoscimento della loro refrattarietà e al processo decisionale, si occupano della somministrazione dei farmaci e del monitoraggio del paziente e forniscono supporto ai suoi familiari (Abarshi et al., 2014; Law-

son, 2011). Dai numerosi studi condotti sul tema, la loro esperienza è sovente risultata essere emotivamente stressante (Abarshi et al., 2014) ed è inoltre emersa la necessità di farvi fronte attraverso una specifica formazione,

l'utilizzo di linee guida (Abarshi et al., 2014) e il lavoro in *équipe* (De Vries, Plaskota, 2017), come peraltro auspicato anche dall'EAPC (Cherny et al., 2009). Una delle sfide maggiori per gli infermieri, soprattutto nelle cure di fine vita, risiede nella capacità di assistere non solo il malato ma anche i suoi familiari (Cronin et al., 2015), intesi sia come membri della famiglia che come persone per lui care e significative (Tursunov et al., 2016), che insieme costituiscono “l'unità di cura” (Bruinsma et al., 2013; 2012). Essi sono costantemente presenti nei suoi ultimi giorni di vita e rivestono un ruolo importante sia prima che durante la sedazione, con conseguente e forte coinvolgimento emotivo.

Nella revisione sistematica di Bruinsma et al. (2012), l'esperienza vissuta dai familiari viene complessivamente definita positiva anche se spesso emerge un *distress* correlato al trattamento e descritto come un'esperienza di disagio/sofferenza speri-

mentata a livello morale, emotivo e psicologico. Tuttavia gli studi in essa analizzati raccolgono per lo più testimonianze di medici e infermieri, mentre studi successivi sono stati condotti appositamente per indagare la sedazione palliativa così come vissuta e raccontata direttamente dai familiari dei pazienti.

2. Il vissuto dei familiari nel processo decisionale-comunicativo

La letteratura sottolinea l'importanza di mettere in atto un adeguato e condiviso processo decisionale prima di intraprendere la sedazione palliativa. Più dell'80% dei familiari partecipa alla decisione di dare il consenso alla sedazione (Tursunov et al., 2016; Koike et al., 2015) e questo sembra essere di supporto a una migliore comprensione e accettazione della scelta, che risultano invece più problematiche in assenza del loro coinvolgimento. In uno studio qualitativo di Bruinsma et al. (2013) infatti, alcuni familiari raccontano, anche a distanza di tempo, di non aver compreso il motivo della sedazione quando intrapresa in loro assenza e su esclusiva decisione medica. Una *survey* di Shen et al. (2018), per contro, rivela che il 59,7% dei familiari sperimenta un *distress* legato proprio al peso della responsabilità di una tale decisione, così come riportato anche in altri studi (Tursunov et al., 2016; Bruinsma et al., 2013). Un'altra *survey* (Koike et al., 2015), il cui scopo è verificare l'utilità del processo decisionale condotto all'interno di un team multidisciplinare,

rivela che oltre il 60% dei familiari di pazienti sedati manifesta un *distress* emotivo, che non è mai correlato al processo decisionale né alla responsabilità della decisione, se questa viene discussa all'interno del *team* e con il paziente e la sua famiglia (81,8% dei casi), o solo con la famiglia qualora il paziente non sia più nelle condizioni di

una discussione maggiormente condivisa. Significativo è inoltre il fatto che ciò si riscontri più nelle terapie intensive (90,3%) che nell'U.O. di cure palliative (73,2%), contesto quest'ultimo dove vi è una costante attenzione ai familiari del malato (Bruinsma *et al.*, 2016). Anche nello studio descrittivo di Tursunov *et al.* (2016) più della metà

che essi esprimano contestualmente la loro sofferenza dinnanzi a quella del proprio caro. A questo proposito, si riporta fedelmente l'affermazione fatta da uno dei familiari intervistati, che sostiene sia "così terribile essere lì, aspettare e stare a guardare".

3. Il vissuto emozionale dei familiari nell'immediato e nel tempo

La comunicazione è un elemento chiave nella qualità delle cure di fine vita nonché il più importante fattore determinante la soddisfazione dei familiari per le cure ricevute (Brazil *et al.*, 2013). Diversi studi evidenziano che situazioni di maggiore *distress*, protratte anche dopo la morte del paziente, si verificano in assenza di un'adeguata spiegazione del trattamento proposto, mentre la costante informazione e comunicazione con i parenti della persona assistita permette loro di affrontare più serenamente la sedazione intrapresa (Shen *et al.*, 2018; Bruinsma *et al.*, 2014). È altresì importante accertarsi che le informazioni trasmesse vengano comprese. A tal proposito, in uno studio qualitativo di Bruinsma *et al.* (2014) emerge che, nonostante i familiari concordino sull'avvio della sedazione, spesso nutrono dubbi e incertezze su ciò che essa comporta, a causa di un'inadeguata comunicazione con i professionisti sanitari. In un altro studio qualitativo di Bruinsma *et al.* (2013) comunicazione e informazione vengono descritte come inadeguate da 9 familiari su 14: alcuni

definiscono le informazioni ricevute insufficienti, altri poco chiare, altri ancora raccontano di aver ricevuto informazioni contrastanti dai diversi membri dell'*équipe* o addirittura di non essere stati considerati dai medici. Interessante è anche lo studio osservazionale di Bruinsma *et al.* (2016), che rivela che i familiari dei pazienti sedati manifestano la necessità di maggiore attenzione rispetto a quelli di pazienti non sedati (20% v/s 7,8%), soprattutto in termini di informazioni, modalità comunicative e tempi a essi dedicati. Significativo inoltre il fatto che nello studio descrittivo di Tursunov *et al.* (2016) 8 familiari su 26, a distanza di tempo dalla perdita del loro caro, abbiano sentito la necessità di condividere con il ricercatore considerazioni aggiuntive rispetto al questionario proposto, relative proprio alla carenza di supporto e informazioni ricevute. Esempi di quanto appena sostenuto sono espressioni ricorrenti quali "mi sono sentito abbandonato e privo di informazioni" o "avrei preferito che i professionisti mi avessero dato maggiori informazioni sulla sedazione palliativa". Un'ulteriore questione riguarda le tempistiche: nello studio appena citato quasi tre quarti del campione dicono di essere stati informati della possibilità di fare ricorso alla sedazione palliativa quando le condizioni del paziente erano ormai deteriorate e di aver ricevuto maggiori spiegazioni solo il giorno in cui poi è stato avviato il trattamento. Come conseguenza di ciò, 14 familiari su 34 si sono detti impre-



farlo (18,2% dei casi). Tale *distress* è, infatti, riconducibile ad altre cause quali l'impossibilità di comunicare con il proprio caro o l'idea che la sedazione abbia accorciato il tempo del suo vivere e che sarebbe stato possibile fare ricorso a metodi alternativi. L'importanza del confronto tra tutti i soggetti coinvolti nel processo di cura risulta anche nella già citata *survey* di Shen *et al.* (2018), in cui oltre il 70% dei familiari manifesta la necessità di

dei partecipanti, ovvero 19 familiari su 34, lamenta il fatto di non aver avuto l'opportunità di discutere della sedazione con il proprio caro. Da ultimo, con riferimento al razionale che determina l'avvio della sedazione, i familiari concordano in particolare sull'intollerabile sofferenza della persona assistita (Tursunov *et al.*, 2016; Bruinsma *et al.*, 2014; 2013), anche se, come si evince da uno studio qualitativo di Bruinsma *et al.* (2013), capita

L'infermiere nelle cure palliative

parati ad affrontare il cambiamento che ne è derivato sulle condizioni del proprio caro, come peraltro riportato anche dal 74,19% dei partecipanti alla *survey* di Shen *et al.* (2018) nelle terapie intensive e dal 17,1% nell'U.O. di cure palliative. Si conferma ancora una volta che nei contesti assistenziali dedicati alle cure di fine vita i familiari sono assistiti e accompagnati più adeguatamente.

Dai dati sopra riportati si evince che il processo informativo e comunicativo ha un notevole impatto sui familiari del malato, che ad oggi esprimono molteplici dubbi e preoccupazioni sulla sedazione palliativa. Spesso i professionisti sanitari riservano infatti maggiore attenzione al mero passaggio di informazioni, magari trasmesse anche mediante un linguaggio eccessivamente tecnico, senza preoccuparsi di una serie di altri elementi che caratterizzano invece la comunicazione. Questo rappresenta un aspetto con importanti ripercussioni sul vissuto emozionale dei familiari e sul loro approccio alla persona assistita una volta sedata. A questo proposito è significativo che nella *survey* di Koike *et al.* (2015) il 30,8% dei familiari si è detto angosciato dall'impossibilità di comunicare con il proprio caro, così come riportato anche da più del 50% dei familiari nella *survey* di Shen *et al.* (2018). Negli stessi studi viene altresì condivisa l'idea che sarebbe forse stato possibile

utilizzare altri metodi per alleviare le sofferenze del malato, senza comprometterne lo stato di coscienza. Dai due studi qualitativi di Bruinsma *et al.* (2014; 2013) emergono, invece, preoccupazioni per lo più relative al benessere della persona assistita in corso di sedazione e un *distress* tanto più intenso quanto



maggiore è la durata della sedazione stessa. Altro tema ricorrente è quello dell'analogia con l'eutanasia, a cui si fa esplicito riferimento nella *survey* di Koike *et al.* (2015) e negli studi qualitativi di Bruinsma *et al.* (2014; 2013): qui i due trattamenti vengono confrontati e da alcuni familiari distinti mentre da altri considerati forme diverse di uno stesso trattamento (alcuni parlano di "slow euthanasia"). Emerge dunque la percezione di un confine spesso sottile tra l'idea di sedazione palliativa e quella di eutanasia. Una problematica analoga riguarda la convinzione che la sedazione palliativa accorci la vita della persona assistita (Bruinsma *et al.*, 2014), affermazione condivisa nelle *surveys* di Shen

et al. (2018) e di Koike *et al.* (2015), rispettivamente dal 22,2% e dal 23,1% dei familiari, nonché da circa il 30% dei partecipanti allo studio descrittivo di Tursunov *et al.* (2016). A tal proposito, è significativo che gli studi condotti in Olanda e in Belgio, Paesi dove l'eutanasia è legalmente riconosciuta, non riportino la questione

come problematica. Un'ultima riflessione riguarda il distacco dalla persona assistita. In Olanda e in Belgio la sedazione palliativa è considerata un'opportunità per prepararsi alla perdita del proprio caro tramite un addio reciproco, programmato e consapevole (Bruinsma *et al.*, 2014; 2013). Diversa è invece la situazione in Paesi quali Regno Unito, Israele e Giappone, dove il distacco è preferibilmente vissuto in forma più graduale. Qui, infatti, i familiari risultano spesso impreparati a fronteggiare i cambiamenti, soprattutto relazionali, che la sedazione palliativa comporta (Shen *et al.*, 2018; Tursunov *et al.*, 2016; Bruinsma *et al.*, 2014). A conclusione dell'analisi effettuata, è interessante

sottolineare nuovamente come, rispetto ad altri contesti, dolore e lutto vengono meglio gestiti e affrontati dai familiari nell'ambito delle cure palliative e in relazione a pazienti che non sono stati sedati.

Conclusioni

Alla luce degli studi analizzati e in risposta al quesito formulato, posso concludere che i familiari delle persone sottoposte a sedazione palliativa giudicano complessivamente positiva l'esperienza vissuta, e questo per merito dell'efficace controllo dei sintomi e del sollievo che ne deriva per il paziente, così come sostenuto dalla maggior parte degli studi analizzati (Tursunov *et al.*, 2016; Koike *et al.*, 2015; Bruinsma *et al.*, 2014; 2013). Tuttavia, negli stessi studi si riscontrano anche sentimenti negativi che incidono sul benessere dei familiari durante la sedazione e dopo la perdita del loro caro, con un *distress* manifestato da oltre il 60% di essi (Koike *et al.*, 2015). Questo è principalmente riconducibile a problematiche relative al processo decisionale, all'informazione e alla comunicazione con l'équipe curante, nonché a questioni etiche ed emozionali come l'impossibilità di comunicare con il malato, la preoccupazione circa il suo benessere, l'analogia con l'eutanasia e l'ipotizzata anticipazione della morte. L'utilizzo di linee guida è importante, oltre che per garantire un corretto impiego del trattamento terapeutico, anche per prevenire le problematiche vissute dai familiari e chiarire le implicazioni eti-

co-deontologiche della sedazione palliativa (Cherny *et al.*, 2009).

La comunicazione con il malato e i suoi familiari deve essere chiara fin dall'inizio e definire l'obiettivo della procedura per ottenerne il consenso, meglio se all'interno di una pianificazione anticipata delle cure. La SICP (2007) raccomanda che nel processo decisionale siano coinvolti l'équipe curante, il malato (quando possibile) e i suoi familiari e che la decisione di dare avvio alla sedazione palliativa sia quanto più possibile condivisa. Gli studi di Tursunov *et al.* (2016), Koike *et al.* (2015) e Bruinsma *et al.* (2014) evidenziano a tal proposito incomprensioni, dubbi e sensi di colpa conseguenti alla mancata condivisione delle decisioni e in parte causa del *distress* sperimentato in questa situazione. Un altro obiettivo importante per i professionisti è chiarire che tale coinvolgimento non comporta per la famiglia alcuna responsabilità, che resta comunque in capo ai sanitari (SICP, 2007). Questo per evitare che i familiari si carichino il peso della responsabilità di un tale decisione, ancora percepito da oltre il 50% di essi (Shen *et al.*, 2018). Nelle fasi precedenti e durante la sedazione occorre inoltre rafforzare la relazione con chi sta accanto al malato mediante un'intensificazione dell'ascolto attivo, un supporto emotivo e un approccio relazionale terapeutico, che tengano conto delle distinte necessità degli interlocutori. L'impegno per l'infermiere è peraltro richiamato nel Codice Deontologico (FNOPI, 2009),

che precisamente all'art. 39 afferma "l'infermiere sostiene i familiari e le persone di riferimento dell'assistito, in particolare nella evoluzione terminale della malattia e nel momento della perdita e della elaborazione del lutto".

A mio avviso molte delle problematiche vissute dai familiari sono riconducibili a un'inadeguata risposta assistenziale da parte dei professionisti sanitari coinvolti, il che richiama la necessità di una formazione specialistica al riguardo. La SICP (2013), in Italia, ritiene sia necessario sviluppare la formazione in questo settore, come peraltro già previsto dalla Legge 38/2010, che parla di "figure professionali con specifiche competenze ed esperienza nel campo delle cure palliative [...]" (art. 5 comma 3) e di "percorsi formativi specifici" (art. 8 comma 1) che garantiscano al malato e alla sua famiglia un'assistenza di qualità. In particolare, l'infermiere è il professionista maggiormente esposto alle esigenze di pazienti e familiari e per questo, anche in virtù del suo ruolo di *advocacy*, è importante che abbia un'adeguata preparazione così da garantire la qualità delle cure di fine vita e far fronte alle questioni etiche inevitabilmente poste (Maroon, 2012). A quest'ultimo proposito, e con specifico riferimento alla sedazione palliativa, è importante che l'infermiere, così come tutti i professionisti sanitari, sia consapevole dell'esistenza di ampie evidenze e solide argomentazioni a sostegno della sicura eticità di tale procedura (Ambroset, Orsi, 2017). La SICP (2007)

precisa che la sedazione palliativa, essendo un trattamento terapeutico, è lecita secondo le principali prospettive bioetiche e con riferimento ai principi fondamentali per la pratica infermieristica (Fry, Johnstone, 2004), quali il principio di autonomia, quello di beneficenza e di non maleficenza. Infatti, la sedazione palliativa non è una forma dissimulata di eutanasia e non comporta in alcun modo un'accelerazione della morte: la letteratura conferma che la durata media della sopravvivenza dei pazienti sedati in fase terminale non differisce da quella di pazienti non sedati e, in condizioni di stabilità fisiologica, anzi, i primi possono persino sopravvivere più a lungo (CNB, 2016).

Un ultimo riferimento deve essere fatto alla pianificazione anticipata delle cure, di cui si è accennato sopra. Questa, insieme alla condivisione delle decisioni, "costituisce la miglior strategia per evitare scelte inappropriate e precipitose" conseguenti a un improvviso deterioramento clinico (SIAARTI, 2017). La SICP (2007) sottolinea che l'avvio di un'adeguata comunicazione, anche rispetto alla sedazione palliativa, è bene che venga intrapresa per tempo e prima che i sintomi precipitino: questo permette al malato di valutare ed esprimersi circa le possibili prospettive future e garantisce il rispetto della sua autodeterminazione (SIAARTI, 2017), contribuendo così anche alla serenità dei familiari, confortati dalla consapevolezza delle scelte operate dal proprio caro. In questo con-

testo le Disposizioni Anticipate di Trattamento (DAT), previste dalla recente legge sul testamento biologico (L.219/2017), costituiscono un valido strumento che riguarda il futuro del dichiarante e che, come sostiene SIAARTI (2017), rappresenta idealmente "il culmine di una documentata pianificazione delle cure", condivisa dal malato con tutte le persone significative.

In conclusione, dare avvio alla sedazione palliativa è una decisione clinica ed etica importante, ma non per questo deve essere considerata una procedura straordinaria o eccezionale (Ambroset, Orsi, 2017). La professione infermieristica deve contribuire alla diffusione della miglior pratica clinica per la gestione di questo trattamento terapeutico e, più in generale, della cultura delle cure di fine vita, ancora troppo sconosciute ai malati, ai familiari e ai professionisti sanitari stessi. Nel fare ciò, non potrà prescindere dall'integrazione con le altre discipline, tutte coinvolte in un contesto dal forte carattere multidisciplinare. Maggiore attenzione dovrà infine essere posta a una revisione dei programmi formativi di base e post-base, contestualmente al riconoscimento di competenze professionali infermieristiche all'interno del sistema socio-sanitario. Considerare e approfondire queste tematiche, secondo il mio parere, significa abbracciare a tutto campo il concetto di speranza, dignità e qualità della vita della persona, anche nell'imminente concludersi della stessa.

STOP THE BLEEDING

Ciò che salva la vita nei pazienti emorragici è fermare il sanguinamento e non la terapia infusionale



Le emorragie, secondo la maggior parte dei registri trauma mondiali rappresentano il 35% delle morti pre ospedaliere e del 40% dei decessi che avvengono nelle 24 ore successive all'evento traumatico.

L'aumento esponenziale degli atti terroristici e ripetuti eventi naturali catastrofici, hanno aumentato sensibilmente l'attenzione internazionale verso un problema che sembrava interessare solo gli U.S.A ed i paesi ad alta diffusione di armamenti con conflitti bellici in corso.

Purtroppo l'esperienza americana ha introdotto fin dal 2003 nelle check list degli EMT (soccorritori) kit di pronto intervento composti da C.A.T (tourniquet) e garze emostatiche.

Dal 2008 tutti i soldati attivi in combattimenti sono dotati di questo kit nel loro equipaggiamento personale. Le linee guida piu' recenti pubblicate

nel 2013 che hanno l'obiettivo di ridurre le perdite ematiche, ripristinare la perfusione tissutale e garantire la stabilità

ne della fonte emorragica, una minimizzazione delle perdite ematiche garantendo la perfusione tissutale e assicurando la stabilità

emodinamica previene la coagulopatia. È pur vero che in tutti i trattati "classici" (PHTC, ATLS) il rimpiazzo volumico è preceduto dal paragrafo: Controllo di foci emorragiche esterne (compressione, tamponamento, torniquet/laccio,

ecc.) ma l'accento era posto più frequentemente sulla terapia infusionale.

Ciò che salva la vita del paziente in shock emorragico è l'arresto del sanguinamento, e non la terapia infusionale.

Laddove vi siano sanguinamenti esterni, segni di frattura vanno utilizzati i presidi adeguati già nell'intervento extraospedaliero, non vale la pena impegnare tempo prezioso quando il Trauma Center si colloca a 10, 20 minuti di distanza ma diviene fondamentale e dirimente comprimere previo lavaggio della ferita (se possibile) il sito emorragico senza rimuover-



emodinamica hanno la finalità di ridurre la morbidità e la mortalità associata all'emorragia post traumatica, l'emorragia massiva si colloca al secondo posto come causa di morte da trauma correlata in ambiente extra ospedaliero al primo posto nella fase precoce ospedalizzazione.

La sopravvivenza è fortemente condizionata dalla precocità della diagnosi e da un adeguato trattamento che deve essere attivato rapidamente.

Una rapida identificazio-



*Infermiere del Soccorso Avanzato di AREU Lombardia - SOREU dei Laghi e AAT Como, già infermiere di area critica presso il reparto di Rianimazione dell'ASST Lariana e del Pronto Soccorso dell'Ospedale Valduce di Como. Infermiere soccorritore del Corpo Nazionale del Soccorso Alpino e Speleologico.

la fino all'arrivo in pronto soccorso.

Il CAT (combact application tourniquet) è sempre considerato un presidio salvavita se saputo usare nella tecnica e nei tempi corretti, mentre per quei pazienti che necessitano velocemente di un intervento chirurgico per il controllo dell'emorragia è sempre valida la teoria dello "Scop end Run" (carica e vai).

Uno dei pilastri del programma "Stop the Bleed" è l'uso precoce di questo presidio per il sanguinamento degli arti.

Una volta visti come inefficaci e persino pericolosi, i lacci "turistici" hanno subito una rinascita negli ultimi 15 anni sulla base di una vasta esperienza dell'esercito americano che ne ha documentato l'efficacia e la sicurezza. La recente cronaca nera data da ondate di sparatorie scolastiche e attentati, ha sollevato preoccupazioni in merito all'utilizzo dei lacci anche nella popolazione pediatrica.

L'esperienza medica è quasi esclusivamente riservata ai pazienti adulti, per i quali sono stati progettati. Uno studio recente, pubblicato sulla rivista Pediatrics, ha utilizzato i tourniquets, progettati per adulti, nei bambini in età scolare (dai 6 ai 16 anni) e

li ha trovati efficaci nell'occludere il flusso sanguigno agli arti superiori e inferiori. Sebbene questo studio

sia stato condotto in un ambiente di apprendimento e non testato sul campo, fornisce una ragionevole garanzia che l'uso del laccio emostatico

co nella popolazione pediatrica (dai 6 ai 16 anni) sia efficace nel prevenire le emorragie degli arti che mettono in pericolo la vita. Motivato dalla tragedia del 2012 a Sandy Hook (in cui morirono 27 persone, 20 delle quali bambini di età compresa tra 6 e 7 anni) e dalle molteplici tragedie che si sono verificate negli anni successivi, quello che è diventato

noto come Hartford Consensus è stato convocato per riunire i leader delle forze dell'ordine, del governo federale e della comunità medica per migliorare le possibilità di sopravvivenza in caso di incidenti di massa causati dall'uomo o naturali. I partecipanti all'Hartford Consensus hanno concluso che, fornendo alle forze

dell'ordine e agli astanti civili le competenze di base e gli strumenti per fermare il sanguinamento incontrollato arti superiori e inferiori in una situazione di emergenza, prima dell'arrivo dei servizi medici di emergenza (EMS), si potrebbero salvare delle vite umane.

L'American College of Surgeons Committee on Trauma sta guidando lo sforzo "Stop the Bleed" per salvare vite umane insegnando alla popolazione civile a fornire una prima risposta vitale e iniziale alle emorragie incontrollate in situazioni di emergenza. Ciò viene realizzato attraverso lo sviluppo di un programma di educazione e informazione sul controllo del sanguinamento completo e sostenibile, mirato ai civili.

Gli obiettivi della prevenzione del Bleeding dal punto di vista sanitario sono:

- Identificare la fonte emorragica
- Minimizzare le perdite ematiche
- Garantire la perfusione tissutale
- Assicurare la stabilità emodinamica
- Prevenire la coagulopatia.

Tutte queste azioni sinergicamente applicate rappresentano il gold standard del trattamento dell'emorragia potenzialmente letale per la vita.



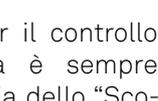
1. Apply the CAT to the proximal end of the limb. Do not place the CAT over joints, wounds, or burns.



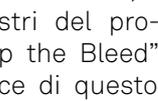
2. Tighten the CAT until the distal pulse is no longer palpable. Do not overtighten.



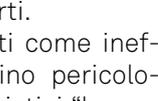
3. Check for distal pulse and neurovascular status. If bleeding is not controlled, apply a second CAT proximal to the first.



4. Check for distal pulse and neurovascular status. If bleeding is not controlled, apply a second CAT proximal to the first.



5. Check for distal pulse and neurovascular status. If bleeding is not controlled, apply a second CAT proximal to the first.



6. Check for distal pulse and neurovascular status. If bleeding is not controlled, apply a second CAT proximal to the first.



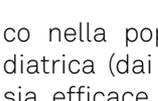
7. Check for distal pulse and neurovascular status. If bleeding is not controlled, apply a second CAT proximal to the first.



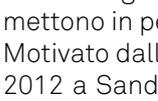
8. Check for distal pulse and neurovascular status. If bleeding is not controlled, apply a second CAT proximal to the first.



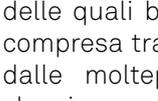
9. Check for distal pulse and neurovascular status. If bleeding is not controlled, apply a second CAT proximal to the first.



10. Check for distal pulse and neurovascular status. If bleeding is not controlled, apply a second CAT proximal to the first.



11. Check for distal pulse and neurovascular status. If bleeding is not controlled, apply a second CAT proximal to the first.



12. Check for distal pulse and neurovascular status. If bleeding is not controlled, apply a second CAT proximal to the first.



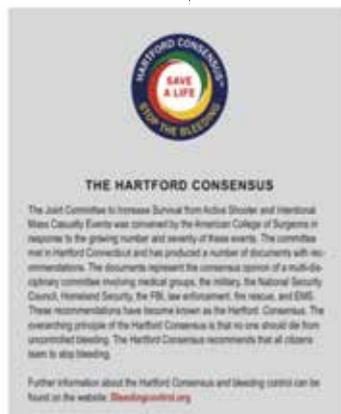
La catena dei soccorsi diviene quindi elemento fondamentale di gestione del paziente traumatizzato grave con foci emorragiche massive attive.

Un grosso spunto di riflessione, e rappresentato da piccole azioni che qualunque cittadino può attuare nella quotidianità.

L'esigua spesa dei presidi anti bleeding e la velocità di formazione di sanitari, militari e di civili consente un'ampia distribuzione sul territorio locale consentendo di creare una rete di auto-soccorso immediato ed efficace.

Bibliografia:

- *The Hartford Consensus: THREAT, a medical disaster preparedness concept, journal of American Surgeon*
- *Pre Hospital Management of mass casualty civilian shooting : new england journal of medicine*
- *Structure analysis, evaluation and report of emergency response to a terrorist attack in Wuerzburg, Germany using a new template of standardized quality indication*



THE HARTFORD CONSENSUS

The Joint Committee to Increase Survival from Active Shooter and Intentional Mass Casualty Events was convened by the American College of Surgeons in response to the growing number and severity of these events. The committee met in Hartford, Connecticut and has produced a number of documents with recommendations. The documents represent the consensus opinion of a multi-disciplinary committee involving medical groups, the military, the National Security Council, Homeland Security, the FBI, law enforcement, fire rescue, and EMS. These recommendations have become known as the Hartford Consensus. The overarching principle of the Hartford Consensus is that no one should die from uncontrolled bleeding. The Hartford Consensus recommends that all citizens learn to stop bleeding.

Further information about the Hartford Consensus and bleeding control can be found on the website: bleedingcontrol.org

NASCE LA RETE NAZIONALE REFERENTI ECM



Il 17 maggio scorso si è tenuto a Roma, il primo incontro dei referenti provinciali ECM dei singoli Ordini provinciali. Oltre ai rappresentanti della Federazione Nazionale vi erano presenti anche i delegati di Co.Ge.A.P.S. L'intento della giornata è stato quello di:

- Creare una solida e capillare rete nazionale dei referenti ECM degli OPI Provinciali che in sinergia possano occuparsi della tematica molto sentita della formazione continua in medicina;
- Informare i referenti delle novità che interessano l'aggiornamento continuo in medicina;
- Stimolare gli ordini provinciali e gli iscritti all'utilizzo della piattaforma Co.Ge.A.P.S.

Interessante è stata la parte dell'incontro che riguardava le sanzioni e le penalizzazioni che un iscritto potrà, in un futuro non troppo lontano, subire se non è in regola con l'acquisizione dei crediti.

Obiettivi, in vista del nuovo triennio di acquisizione dei crediti che prevede maggiore rilevanza all'aggiornamento continuo anche applicando le sanzioni per chi sarà in difetto, sono stati anzitutto condividere le azioni da mettere in

campo per utilizzare al massimo gli strumenti a disposizione per chiudere nel migliore modo possibile il triennio Ecm in corso in un'ottica di servizio agli iscritti, poi stimolare e sostenere gli OPI a offrire servizi in chiave Ecm omogenei, per quanto possibile, su tutto il territorio nazionale. Primo esempio tra gli Ordini sanitari di Rete omogenea per garantire che tutti gli infermieri perseguano l'aggiornamento continuo, la Rete ha l'obiettivo di programmare i compiti degli OPI per il prossimo triennio Ecm anche a sostegno delle attività e del ruolo che FNOPI avrà nella prossima Commissione Nazionale Formazione Continua. "La Rete di referenti ha il compito di valorizzare le esperienze consolidate negli OPI, condividerle e metterle a disposizione di tutti e di individuare le migliori possibilità per rafforzare il rapporto tra FNOPI/OPI provinciali e Co.Ge.A.P.S. il Consorzio Gestione Anagrafica Professioni Sanitarie, che riunisce le Federazioni Nazionali degli Ordini e dei Collegi e le Associazioni dei professionisti della salute che partecipano al programma di Educazione Continua in

Medicina", hanno spiegato Perpaolo Pateri (presidente OPI Cagliari) e Palimiro Riganelli (presidente OPI Perugia) entrambi nominati da poco componenti della Commissione Nazionale per la Formazione continua. "La FNOPI ha sempre tenuto nella massima considerazione l'aggiornamento e il ruolo degli infermieri nel sistema Ecm - ha detto la presidente della Federazione degli infermieri Barbara Mangiacavalli - tanto che abbiamo voluto inserire nel recente, nuovo Codice deontologico un articolo ad hoc secondo cui 'l'Infermiere fonda il proprio operato su conoscenze validate dalla comunità scientifica e aggiorna le competenze attraverso lo studio e la ricerca, il pensiero critico, la riflessione fondata sull'esperienza e le buone pratiche, al fine di garantire la qualità e la sicurezza delle attività. Pianifica, svolge e partecipa ad attività di formazione e adempie agli obblighi derivanti dal programma di Educazione Continua in Medicina', in modo tale da chiarire bene a tutti come la professione si pone nei confronti dell'Ecm". La FNOPI ha sempre tenuto nella massima considerazione l'aggiornamento e il

ruolo degli infermieri nel sistema Ecm. In occasione delle Spring School tenute nei mesi di maggio e ottobre 2018, rispettivamente a Taormina e Milano per aggiornare e istruire i nuovi vertici degli Ordini nati dopo la tornata elettorale di fine 2017, e successivamente nel Consiglio Nazionale della Federazione di dicembre dello stesso anno, nei programmi hanno trovato posto sessioni specifiche e approfondimenti. La nuova Rete di referenti Ecm, oltre a dare la massima omogeneità alla formazione continua degli infermieri, focalizzerà meglio, sempre in modalità condivisa, quanto è stato fatto e quanto si può ancora fare, o fare meglio insieme, per utilizzare al massimo gli strumenti a disposizione e valorizzare le buone pratiche oramai consolidate. La rete dei referenti Ecm degli OPI va in questa direzione e rappresenta un importante momento di confronto, condivisione, programmazione e supporto.

Per info o domande sull'acquisizione dei crediti, su esenzioni ed esoneri dall'ECM e altro all'indirizzo: <http://ape.agenas.it/professionisti/professionisti-faq.aspx>

Il **Co.Ge.A.P.S.** (Consorzio Gestione Anagrafica Professioni Sanitarie) è un organismo che riunisce le Federazioni Nazionali degli Ordini e dei Collegi e le Associazioni dei professionisti coinvolti nel progetto di Educazione Continua in Medicina.

Il **Co.Ge.A.P.S.** nasce per essere lo strumento attuativo della Convenzione stipulata con il Ministero della Salute che prevede la realizzazione di un progetto sperimentale per la gestione e certificazione dei crediti formativi ECM, l'istituzione di una anagrafe degli professionisti sanitari e l'allestimento di un servizio tecnico permanente di aggiornamento dedicato ai rapporti con gli enti pubblici.

Il **Co.Ge.A.P.S.**, in particolare, ha per oggetto:

- la realizzazione di un progetto unitario e condiviso per la gestione e la certificazione dei crediti formativi acquisiti dai singoli professionisti della salute sulla base dei criteri e delle modalità stabiliti dalla Commissione Nazionale ECM nell'ambito del progetto nazionale di Educazione Continua in Medicina;
- la realizzazione di un sistema operativo unitario per la gestione e la certificazione dei crediti formativi;
- la gestione operativa del sistema unitario in fase sperimentale e in fase applicativa in condizione di parità tra tutti i consorziati, compreso il reperimento di finanziamenti e tecnologie per i medesimi;
- la realizzazione di studi e di progetti di fattibilità in relazione alle singole attività dei consorziati ed a favore di questi ultimi in materia di ECM.

In particolare il progetto sperimentale prevede:

- La gestione dell'anagrafe centralizzata che integrata con i sistemi locali dei singoli ordini professionali si ponga come unico compito quello di favorire una visione unica e globale dell'operatività senza eludere né togliere le competenze demandate legalmente a ciascun ordine professionale.
- Il portale internet, un punto di riferimento non solo per i professionisti sanitari relativamente a funzionalità di anagrafica ed ECM ma vuole anche essere uno strumento per una migliore comunicazione istituzionale e professionale. Il portale costituisce, inoltre, un punto di accesso per l'erogazione dei servizi di anagrafica e di ECM poiché è un sistema predisposto per l'autenticazione e la profilazione degli utenti a garanzia delle Istituzioni di riferimento.

OFFERTA FORMATIVA

Elenco programmazione dei corsi gratuiti per iscritti OPI Como anno 2019

PROGRAMMAZIONE CORSI SECONDO SEMESTRE LUGLIO/DICEMBRE 2019

TITOLO	DATA	SEDE	n. crediti	Posti a disposizione
BLSD per operatori sanitari	13 settembre 2019	Como - Centro Cardinal Ferrari	11,6	18
Interpretazione dell'elettrocardiogramma e principali implicazioni per la pratica assistenziale	11 ottobre 2019	Como - Centro Cardinal Ferrari	4	50
Come abitare il web e i social network senza rischi costruendo relazioni di valore e tutelando la reputazione	3 ottobre 2019	Como - Centro Cardinal Ferrari	8	50
Il testamento biologico	25 ottobre 2019	Como - Centro Cardinal Ferrari		100
BLSD –PBLSD per sanitari Adulto-bambino-lattante	Da definire	Como - Centro Cardinal Ferrari		12

SERATA DI EDUCAZIONE ALLA POPOLAZIONE

COSA FARE E SOPRATTUTTO COSA NON FARE

L'importanza delle manovre di primo soccorso



*"Nei momenti
prima dell'arrivo
dei soccorsi,
la vita di una
persona dipende
da voi"*

Il Consiglio Direttivo OPI Como è stato invitato, a partecipare ad una serata formativa, presso la farmacia S. Agata di Olgiate Comasco, per esporre ai cittadini temi riguardanti il primo soccorso. Rispondendo alla mission dell'OPI e soprattutto a quella di essere Infermiere, ovvero colui che promuove cultura della salute e che orienta il suo agire al bene della persona, della famiglia e della collettività (cit, co-

dice deontologico ART. 2), parte del consiglio e della consulta giovani ha organizzato e preparato una lezione interattiva con i cittadini, utilizzando sia slide che dispositivi tecnici per permettere una migliore comprensione.

Abbiamo dato importanza a come allertare il servizio emergenza 112, ai passaggi fondamentali per far comprendere all'operatore 112 la gravità della situazione e a come raggiungere

la vittima, senza tralasciare la gestione dello stato emotivo, comprensivo di ansia e paura davanti ad un'emergenza.

Sono seguite una serie di informazioni base su come agire tempestivamente, in attesa dei soccorsi, su vittima colpita da morte improvvisa, ostruzione vie aeree, ustioni, ferite.

È seguita una discussione interessante con i cittadini sull'importanza di avere a dispositivi DAE di facile accesso nelle comunità. Consapevoli di non poter essere stati esaustivi, in una sola serata, nel proporre una vasta gamma di argomenti, che rappresentano il "pane quotidiano" per gli addetti ai lavori ma che sono fonte di disagio e disinformazione nel cittadino comune, siamo convinti sempre di più che questi momenti di contatto con la popolazione in salute, lontana dai nosocomi, nostro abituale habitat, sia la strada da percorrere per fortificare quel patto "infermiere-cittadino" che rincorriamo da decenni.

* già infermiere del DEA dell'ASST Lariana. Ora infermiere in dialisi. Da più mandati consigliere OPI Como.



La speciale competenza dell'Infermiere nelle consulenze peritali nell'applicazione del **PROTOCOLLO D'INTESA CSM, CNF, FNOPI**

Il 5 luglio 2019 si è svolto a Roma l'incontro con i Referenti dei singoli Ordini per l'applicazione del Protocollo d'intesa CSM, CNF, FNOPI sottoscritto in data 24 maggio 2018. Tale Protocollo rappresenta un fondamentale passo avanti che sottolinea l'importante riconoscimento delle competenze professionali in ambito infermieristico nelle consulenze peritali. L'elemento centrale del Protocollo è l'individuazione delle "speciali competenze" dell'infermiere e le modalità di valutazione di queste.

La Legge 8 marzo 2017, n. 24 all'art. 15 ha introdotto l'elemento di "collegialità" delle consulenze tecniche, che fino a quel momento prevedeva quale unico consulente il medico legale, anche se confermata figura obbligatoria ma che deve essere supportato da professionisti specialisti. Nello specifico l'articolo 15 della Legge 8 marzo 2017, n. 24, che ha per oggetto: "nomina dei consulenti tecnici d'ufficio e dei periti nei giudizi di responsabilità sanitaria", relativamente alla disciplina riguardante la responsabilità civile e penale degli esercenti le professioni sanitarie contenuta nella legge medesima, prevede nuovi criteri per la formazione e l'aggiornamento degli albi dei periti e dei consulenti tecnici tenuti dai Tribunali ai sensi dei codici di procedura civile (artt. 13

ss. disp. att. c.p.c.) e di procedura penale (artt. 67 ss. n. att. c.p.p.). Si sottolinea l'esigenza di assicurare, sempre attraverso l'attuazione della legge n. 24/2017, l'adozione di parametri qualitativamente elevati per la revisione e la tenuta degli albi, affinché, in tutti i procedimenti civili e penali che richiedono il supporto conoscitivo delle discipline mediche e sanitarie, le figure del perito e del

consulente tecnico siano in grado di garantire all'autorità giudiziaria un contributo professionalmente qualificato e adeguato alla complessità che connota con sempre maggiore frequenza la materia. In base al Protocollo, gli albi circondariali devono garantire "oltre a quella medico-legale, un' idonea e adeguata rappresentanza di esperti delle discipline specialistiche riferite a tutte le professioni sanitarie" e per questo è stata prevista una sezione riservata alla professione infermieristica con "speciale competenza". La "speciale competenza" non è il solo possesso del titolo abilitativo alla professione, ma la concreta conoscenza teorica e pratica della disciplina, come emerge sia dal curriculum formativo e/o scientifico sia dall'esperienza professionale del singolo esperto.



In sostanza la Magistratura riconosce le competenze specialistiche degli infermieri come peculiari e come presupposto per la scelta dei periti e consulenti. Il Protocollo, in questo senso, distingue elementi di valutazione primari e secondari. Quelli primari sono il possesso della laurea magistrale in scienze infermieristiche; l'esercizio della professione da non meno di 10 anni; l'assenza, negli ultimi 5 anni, di sospensione disciplinare e di qualsiasi procedimento disciplinare

in corso; il regolare adempimento degli obblighi formativi ECM. Gli elementi secondari, invece, sono il possesso di un adeguato curriculum formativo post-universitario che indichi sia i corsi di livello universitario o assimilato, sia quelli di aggiornamento per il circuito ECM ed eventuali attività di docenza; nel curriculum dovranno essere indicate anche le posizioni ricoperte e le attività svolte durante la carriera; il possesso di un eventuale curriculum scientifico, che indichi attività di ricerca e pubblicazioni, oltre all'iscrizione a società scientifiche; il possesso di riconoscimenti accademici o professionali o altri elementi che dimostrino l'elevata qualificazione del professionista; l'eventuale possesso dell'abilitazione

allo svolgimento di attività di mediazione e di un attestazione che certifichi la conoscenza del processo telematico. La codificazione dei criteri per confermare la cosiddetta "speciale competenza", rimessa alla "certificazione" di ogni singolo Ordine, dovrà essere ricondotta, secondo le indicazioni fornite agli OPI dalla Federazione, a criteri che non devono trascurare l'esperienza pratica e la formazione acquisita in uno specifico ambito del settore disciplinare dagli infermieri che vogliono essere inseriti negli albi circondariali dei CTU e Periti.

Sotto l'aspetto procedurale, la Federazione ritiene che la valutazione espressa su ogni singolo infermiere debba essere espressione del Consiglio direttivo di ogni OPI provinciale. Tale Organismo dovrà trasmettere alla Federazione, almeno una volta ogni tre mesi, gli effetti delle scelte relative all'esecuzione del Protocollo e al recepimento da parte di ogni Tribunale dello stesso, anche per mantenere aggiornata la mappatura dei professionisti infermieri iscritti negli albi dei Tribunali.

Secondo i dati forniti dalla Federazione presso il Tribunale di Como risultano essere iscritti ad oggi due infermieri come consulenti; un primo contatto tra i rappresentanti dell'OPI Como con il Presidente del Tribunale di Como ha permesso di iniziare un importante percorso di conoscenza e riconoscimento della professione infermieristica.

* Segretario OPI Como – Referente per l'applicazione del Protocollo d'intesa CSM, CNF, FNOPI - OPI Como

GIORNATA INTERNAZIONALE DELL'INFERMIERE 2019

Gran
Ballo
dei Debuttanti



Preceduto dalla partecipazione del Nostro Presidente, Dott. Dario Cremonesi, dal rappresentante per Croce Rossa di Como, Matteo Dolcini, dalla Crocerossina Anna Saldarini, alla trasmissione di Espansione Tv Angoli, intervistati dalla conduttrice, Dolores Longhi, dove sono stati presentati tutti gli eventi legati alla Giornata Internazionale dell'Infermiere e alla la Settimana Internazionale della Croce Rossa, si è svolto a Como, nella cornice del nostro meraviglioso Teatro Sociale di Como, Il Gran Ballo dei Debuttanti.

Una ricorrenza ricca di significato. Impegno, dedizione, altruismo sono solo alcuni dei tratti che caratterizzano l'importanza di questa settimana.

L'8 maggio, giorno della nascita di Henry Dunant fondatore dell'Associazione, è la Giornata Mondiale della Croce Rossa.

Il 12 maggio, giorno della nascita di Florence Nightingale, fondatrice

dell'infermieristica moderna, che costruì le basi per la nascita e lo sviluppo del Nursing, è la Giornata Internazionale dell'Infermiere.

Il Gran Ballo

Croce Rossa Italiana, Teatro Sociale, e quest'anno anche OPI Como, organizzano un prestigioso evento charity, il Gran Ballo dei Debuttanti.

Una serata di gala che rievoca il fascino e l'incanto dei tempi passati e ripropone ai giovani d'oggi i valori propri di una splendida tradizione.

Un evento unico che si è tenuto il 10 maggio 2019 alle ore 21 in una location di lustro.

Preceduto da un corso organizzato presso la scuola di ballo Como Danza Dogi, che ha preparato i debuttanti alle danze da sala ed ai balli ispirati alle scene ed alle musiche del recital "La Bella e La Bestia", associate a lezioni di educazione al portamento, al galateo, alla gestione

dell'immagine, all'outfit e alla posa fotografica.

Un percorso formativo per poter rivivere il sogno di danzare sulle note dei più celebri balli e permettere che la favola si mescoli alla storia.

Un momento importante di condivisione e soprattutto di rievocazione sull'attività di sorveglianza sanitaria alla popolazione migrante svolta dai nostri colleghi in collaborazione con l'ordine dei medici, ATS Insubria e FederFarma dal 2016 al 2018 presso l'ambulatorio mobile nella stazione San Giovanni e successivamente presso il Campo Governativo di Accoglienza Temporanea "Osvaldo Cappelletti".

Intervistati dalla Ispettrice Provinciale delle Crocerossine, Sorella Ornella Zagami, i Presidenti dei due Ordini Provinciali hanno fornito un importante contributo informativo in merito all'esperienza svolta insieme, e degli spunti per i giovani che volessero svolgere una delle due professioni, medico o infermiere.





Durante la serata è stato presentato il Video OPI COMO 2019 della Giornata Internazionale dell'Infermiere, che potrete trovare al link qui sotto, sulla pagina Facebook OPI COMO <https://www.facebook.com/opicomovideos/346892982627221/?type=2&theater>

E poi ci sono gli infermieri... un poi che non toglie importanza, ma la esalta fino alla sua vera essenza. Prima ci sei tu, portatore di un mondo inizialmente sconosciuto; tu nella tua fragilità, prigioniero di insicurezze che forse non avresti mai voluto sperimentare... poi arrivano loro. In punta di piedi, entrano nel tuo mondo, lo esplorano, lo perlustrano, vi entrano senza mai lasciare sole le tue mani. Se è vero, come sostiene un grande scrittore, che "un essere è di valore nella misura in cui è in grado di aiutare gli altri", allora gli infermieri sono diamanti preziosi dall'inestimabile valore. Professionisti, uomini e donne, che fanno dell'aiuto, del sostegno, dell'accudimento la propria ragione di vita. Sì, perchè restano infermieri anche fuori dalle pareti dell'ospedale e lo saranno per sempre.

Quante persone nella propria vita sono entrate in contatto con un infermiere?

Li trovi sempre lì... dalla tua nascita, ad educarti nel mantenere integra la tua salute, ti aiutano ad affrontare la malattia, ti incoraggiano nel recupero della tua autonomia, ti sostengono nell'accettare la perdita di un tuo caro... Nell'acuzie e nella cronicità, loro sono sempre lì. Ma qual è la percezione che le persone hanno degli infermieri? Cosa fanno realmente?

Se chiediamo alle persone, agli assistiti, ai medici, ai politici di descrivere cosa fanno gli infermieri, hanno difficoltà. È molto Più facile descrivere come ti fanno sentire, utilizzando parole come sentirsi accudito, curato, assistito...

MA POCHE SONO LE PERSONE CHE SANNO QUANTO SIA COMPLESSO ESSERE INFERMIERI... PERCHÈ NON PONIAMO BARRIERE A QUELLO CHE FACCIAMO. Nell'assistenza di tutti i giorni a pazienti cronici, nella tecnica nell'assistere pazienti complessi, nel soccorso avanzato sul territorio, nella gestione del paziente nelle fasi del fine vita, nell'alta formazione in università e sul campo. Ma essere infermieri non è solo questo! Nel complesso mondo delle scienze ci siamo fatti strada grazie alla nostra capacità di pensiero critico, di comunicazione, di educazione, di ricerca, di leadership e innovazione. Il percorso universitario e post-universitario, l'entusiasmo delle nuove generazioni di infermieri e la tenacia del gruppo professionale ci ha permesso di raggiungere tanti obiettivi.

Ma tanti ancora sono quelli da raggiungere.



INFERMIERE. UNA STORIA CHE RACCONTA MILIONI DI VITE.

Regia di: Andrea Dastoli

Testo di: Ilaria Di Pietro, Alessandra Kiszka, Massimo Franzin, Alessandro D'Angelo

Voce di: Matteo Dolcini

si ringrazia per la collaborazione ed il sostegno:

Ufficio Comunicazione ASST Lariana

Consulta Neo Laureati OPI Como

Agorà Rivista Scientifica

Consiglio Direttivo OPI Como

Azienda Socio Sanitaria Territoriale Lariana

Direttori U.U.O.O. e Coordinatori Infermieristici, Dipartimento di Emergenza e Accettazione Pronto Soccorso, OBI Medicina d'Urgenza Terapia Intensiva Neonatale, Blocco Operatorio, Servizio di Vigilanza

Azienda Regionale Emergenza Urgenza Regione Lombardia Sala Operativa Regionale, Emergenza Urgenza dei Laghi, Articolazione Aziendale, Territoriale di Como, Babcock italia

Università degli Studi dell'Insubria Scuola di Medicina

Corso di Laurea in Infermieristica Sede di Como

Lario Soccorso Onlus Croce Rossa Italiana

Un grazie particolare a: Andrea Larghi, Ornella Zagami, Monica Bellotti, Francesca Guido, Francesca Indraccolo, Maurizio Volonté, Matteo Caresani, Donatella Pontiggia, Giovanni Vaghini, Alessandro Massa, Anna Tosetti, Mara Iannacone, Manuela Soncin, Barbara Bernasconi, Matteo Vargiu, Mauro Menozzi, Roseline Immormino, Silvia Bressan, Valentina Petillo, Elena Cavadini, Alessandro Picone, Giovanna Colombo, Marco De Angelis, Andrea Ghirardi, Lara Leanza, Samuel Temi, Lorella Del Buono, Orsola Roncoroni, Marina Marconato, Jonny Pistis, Salvatore Ercolino, Daniel Barbato, Alessandra Dugo, Laura Rigamonti, Romina Belsito, Davide Barazzoni, Sara Casà, Aurora Pensa, Alessandro D'Angelo, Beatrice Cantone



INCONTRO CONCLUSIVO DEL PERCORSO “ASSISTENZA SANITARIA AI MIGRANTI”

di Sandro Tangredi

In data 5 marzo u.s. al cardinal Ferrari si è tenuto un incontro di sintesi sull'opera svolta a favore della popolazione migrazione presente in Como dall'estate 2016 e conclusasi a dicembre 2018. Un gruppo di infermieri in colla-

borazione con ostetriche, medici, CRI, farmacisti e varie associazioni attive nel campo dei diritti umani si è impegnato nel dare loro assistenza e contribuito a promuovere e garantire un ambiente rispettoso dei loro diritti, sanitari e non. Il ruolo dell'OPI nella creazione e coordinamento del gruppo è stato fondamentale: ha messo in rete i molti professionisti, creato canali di comunicazione aperti con le varie istituzioni sanitarie e con le altre realtà solidali cittadine, quali, ad esempio, i volontari della mensa di Sant'Eusebio, del Centro Servizi del Volontariato, della comunità di don Giusto Della Valle a Rebbio, Don Roberto Malgesini della Caritas.

Dall'incontro, aperto dal nostro presidente dott. Cremonesi Dario e dal presidente dell'ordine dei medici dott. Spata, è emerso come l'esperienza abbia dato luogo ad una importante crescita personale/professionale e donato a molti di noi un appagante senso di appartenenza ad una comunità attiva e militante nel campo dei diritti umani.

Ai presenti, circa 50 tra infermieri, medici e volontari, è stata proposta una serie di relazioni ad opera di colleghi (Paola Pozzi, Patrizia Lissi, Renata Muscionico), dei responsabili della CRI Como (sorelle Zagami) e di una volontaria della Mensa di Sant'Eusebio, dott.essa Laura Convertino che, nel suo duplice ruolo di medico e volontaria, ha presentato una interessante ricerca ed approfondimento sui progetti implementati alla stazione di San Giovanni (la ricerca è stata elaborata in collaborazione con la Ca' Foscari di Venezia ed ha analizzato le modalità di accoglienza e assistenza, il presidio sanitario mobile, il coordinamento dei volontari, la mensa..).

La pronta disponibilità e lo slancio di molti operatori sanitari e semplici cittadini ha scritto una pagina della storia di Como che rimarrà impressa nella pelle e nella memoria di chi con impegno ed entusiasmo l'ha vissuta e che ha donato a Petros, Hamed, Siraj, Yodith e molti altri e altre un valido supporto umano, il massimo possibile. Un sentito grazie a tutti i colleghi che hanno partecipato.

“Il rispetto dei diritti dell'uomo, compresi i diritti culturali, il diritto alla vita, alla dignità e a essere trattati con rispetto, fanno parte integrante dell'assistenza infermieristica.”

(dall'International Council of Nurses)

SENEGAL NOVEMBRE 2018



L'OPI provinciale di Como con il progetto "PERCORSO ESPERENZIALE DI FORMAZIONE INFERMIERISTICA MULTICULTURALE" propone da anni ai suoi iscritti la possibilità di fare una esperienza in paesi in via di sviluppo in collaborazione con associazioni e ONG. Nel 2018 siamo stati in Senegal, ospitati dall'associazione "Les enfants d'Ornella" che da molti anni ha un progetto per i Talibè, i piccoli mendicanti delle scuole coraniche.

Nell'anno in corso (2019) ci recheremo in Burkina Faso in collaborazione con l'associazione comasca KIBARE' che si occupa di

sostegno alla disabilità a Ouagadougou (la capitale) e gestisce un centro per l'alimentazione infantile nel nord del paese (LE ISCRIZIONI SONO APERTE!!).



SENEGAL novembre/dicembre 2018

Vi hanno partecipato 6 infermieri e una ostetrica:

- Carlotta Di Domenico OPI Como
- Marco Miletta OPI Como
- Federica Viganò OPI Como
- Sandro Tangredi OPI Como
- Roberta Luvrano Svizzera
- Alba Grossi Varese
- Flavia Depietro Como (ostetrica, presidente dell'ordine provinciale di Como)

* Infermieri OPI Como

Il report

Siamo a 50 chilometri da Dakar, sulla costa oceanica. Spiagge sabbiose infinite e assolate in questo mese di novembre anticipo della stagione secca, con temperature che raggiungono i 37 gradi. Siamo nella regione della petite côte, meta turistica di europei (soprattutto francesi) che qui svernano, proprietari di numerose residenze e un intero villaggio a loro dedicato: Toubab Dialaw. Toubab nella lingua locale, wolof, sta a significare bianco: non c'è bambino che ti incontri che non ti saluti così. A volte ridendo, altre caricando di rimprovero il tono e la mimica, a ricordarci forse che la condizione di povertà in cui versa è frutto delle scellerate azioni del passato (schiavismo e colonialismo su tutte) che delle attuali politiche economiche.

Nelle vicinanze di Toubab Dialaw, precisamente nel villaggio di Kelle Sur Mer, opera l'associazione di cui siamo ospiti, Les Enfants d'Ornella: il loro progetto solidale è rivolto ai Talibés, i piccoli ospiti delle Daares, le locali scuole coraniche. I Talibés sono di età compresa tra i tre e i diciassette anni e vivono sotto la tutela del Marabout, sorta di religioso/santone ai cui le famiglie affidano il loro figli per lo studio del Corano. Sono sottoposti ad una



vita dura e di stenti, stipati in malsane stanze che fungono da dormitorio, sala studio, mensa ed ogni altra attività del quotidiano. Durante il giorno vagano per i villaggi laceri e sporchi a mendicare al fine di garantirsi cibo e sostentamento. È una pratica questa accettata socialmente, carica di significati spirituali e culturali tipici del Senegal: essere stato un Talibé è considerato tradizionalmente un vanto, una elevazione spirituale del proprio essere. Alcune iniziative del parlamento senegalese stanno cercando di regolamentare le Daares ma sinora gli sforzi compiuti hanno sortito poco effetto. L'associazione, presente in Senegal da circa 15 anni, ha nel tempo instaurato rapporti con i Marabout e ad oggi riesce a garantire ai piccoli Talibés di 5 Daares del circondario di Kelle cure igieniche e sanitarie (per un approssimativo numero di 200 bambini in totale). Il tutto in collaborazione anche con il "centre de santé" locale di cui è responsabile monsieur Fofanà, l'infermiere "chef de post". Parallelamente vengono portate avanti numerose iniziative con i capi



villaggio, i dispensari e con altre organizzazioni che operano in quel territorio. Merita di sicuro ricordare il progetto "Les enfants de la plage": la comunità di pescatori di Niangal, villaggio adiacente a Kelle sur Mer. Nei giorni di presenza a Kelle abbiamo collaborato nella gestione dell'ambulatorio infermieristico del centro, aiutato gli operatori locali nel momento di accoglienza dei gruppi di Talibés e ci siamo affiancati agli educatori nelle loro visite alle daares e alla comunità di pescatori. Di seguito qualche appunto...

LA DAARA DI NIANGAL

28 novembre 2018: oggi partecipazione al corso di alfabetizzazione nella daara.

Le daare sono le residenze dei talibé, scuole coraniche gestite da un capo spirituale chiamato marabout... l'equivalente di un predicatore. Nel villaggio di Niangal ce ne sono due, a Kelle una, a Toubab un'altra. Ma la più problematica è a Yenne dove il marabout non vuole interferenze e non accetta interventi da parte dell'associazione. Regole durissime, nessuna assistenza sanitaria e fame... molta.

Alla daara ci han fatto dono di un quaderno ...in legno!! Sono tavole su cui scrivono versetti del corano con un inchiostro a base di fulgigi-

ne e miele. Per riutilizzarli basta una lavata e ...pronti per nuove scritte! Come da tradizione i bimbi più piccoli lavano il quaderno su cui scrivono all'infinito i 99 nomi di Allah con un po' di acqua che poi raccolgono e ...bevono ...per non dimenticare le sacre parole! Assistiamo ad una lezione di francese tenuta da Baba, l'educatore dell'associazione che nel tempo si è guadagnato la fiducia dei marabout. Circa 30 bambini attenti e giocosi, alcuni piccolissimi di 4/5 anni. In



un altro locale si tiene una lezione di arabo per i più grandi. Alle pareti una fila di zaini appesi: l'equivalente dei nostri comodini, contengono le poche cose personali. Chiediamo se ai bimbi vengono garantite cure sanitarie: scopriamo che da anni l'infermiere Fofanà porta avanti re-

golarmente un progetto finanziato in parte dall'associazione per garantire vaccinazioni e visite.

Il villaggio di pescatori

La comunità di pescatori di Niangal vive praticamente sulla spiaggia, le loro case formano un labirinto di vicoli, vicoletti e piazzette dove abbonda degrado e povertà, densi di bimbi molti dei quali non registrati all'anagrafe e non scolarizzati. Si cerca di agganciare le famiglie e avviare percorsi di regolarizzazione anagrafica e di inserimento scolastico. Inizialmente vi sono state molte resistenze, ma dopo i primi successi un po' di fiducia è maturata, grazie anche alla preziosa mediazione di Pierre Diuf, l'educatore locale assunto dall'associazione per la realizzazione di questo progetto. Da qualche anno è stato avviato presso il centro un progetto di pre-scuola finalizzato

territorio che può essere molto vasto ed è gestito generalmente da un infermiere (chef de post): lavora a stretto contatto con le autorità locali quali i capi villaggio, le municipalità, le forze dell'ordine ed è inoltre attivo nelle varie istituzioni amministrative. È una figura di prestigio nell'organizzazione comunitaria e viene consultata regolarmente. La drammatica carenza di risorse sia materiali che economiche viene colmata, nel caso di Niangal, dalla professionalità e umanità di monsieur Fofanà

In accordo con monsieur Fofanà, l'infermiere chef de post, per qualche giorno frequentiamo "le centre de santé" assistendolo durante le consultazioni ambulatoriali: qui come in molti altri paesi in terra d'Africa la presenza di medici è rara ed in genere confinata negli ospedali. Interi distretti sanitari sono affidati ad infermieri che si occupano dei vari bisogni della comunità: prevenzione delle malattie, pianificazione familiare, alimentazione infantile, vaccinazioni, lotta alla malaria, igiene, primo soccorso.

Molte le persone arrivate in visita, le problematiche più frequenti sono legate alla malaria, a infezioni gastroentericali o dermatologiche, piccole ferite. Ma la malnutrizione e le precarie condizioni d'igiene in cui vivono la maggior parte degli abitanti indeboliscono soprattutto i bambini più piccoli e le donne in gravidanza: per loro il ministero della sanità senegalese prevede un accesso alle consultazioni e alle cure gratuite, oltre alla distribuzione di farmaci ed integratori alimentari, sempre gratuiti in caso di indigenza.

Durante il nostro soggiorno abbiamo inoltre visi-

all'inserimento alla scuola primaria: in caso di bisogno viene erogato un piccolo contributo economico alle famiglie per sostenere le spese di libri e quaderni.

Il dispensario di Niangal

Premessa: il dispensario è il più delle volte l'unico presidio sanitario di un

tato scuole materne, vari dispensari, un villaggio di albi, un orfanotrofio, l'unico ospedale psichiatrico del Senegal - nei pressi di Dakar - e visitato l'isola di Gorée, tristemente famosa in quanto luogo di raccolta e vendita degli schiavi.

L'isola di Gorée: dal Senegal all'America senza ritorno.

L'isola di Gorée è stata per tre secoli il centro di partenza degli uomini portati via dall'Africa: c'erano le case di detenzione, le residenze degli schiavisti, un grande porto e un edificio

per la compravendita degli esseri umani da spedire nelle piantagioni americane. Si calcola che 15 milioni di persone siano state deportate e di queste nessuna è mai tornata indietro. Il

viaggio in nave era duro e chi si ammalava o faceva resistenza veniva gettato in pasto ai pescecani. Da tutto il mondo migliaia di persone si recano in pellegrinaggio a Gorée. Sulla porta d'ingresso del museo "la maison des esclaves" si può leggere quanto segue:

"Il popolo senegalese custodisce la CASA DEGLI SCHIAVI al fine di ricordare a tutti gli africani che una parte di loro stessi è passata da questo santuario"

Un santuario della memoria che a distanza di anni ricorda anche a noi occidentali questa triste e terribile pagina.



L'OSPEDALE PSICHIATRICO DI THIAROYE - DAKAR

(a cura di Alba Grossi)

Negli ultimi giorni della nostra esperienza senegalese, Sandro ed io, abbiamo avuto l'opportunità di visitare l'ospedale psichiatrico di Thiaroye. L'aggrancio ci è stato fornito da monsieur Fofanà. L'ospedale si trova nelle vicinanze di Dakar ed avvicinandoci con il navigatore dobbiamo ammettere che, suggestionati dal nostro immaginario, cercavamo di individuare un muro di cinta, magari molto alto...

Insomma ci aspettavamo una struttura a stampo manicomiale. Così non è stato! L'ingresso si presenta infatti moderno con insegna al neon che reca il nome dell'ospedale ed i vari servizi presenti tra cui un centro che effettua diagnosi, un reparto dedicato all'indagine elettroencefalografica, un centro di cura per le dipendenze ed un reparto di pedopsichiatria.

Veniamo accolti dal direttore delle cure che con molta serietà e altrettanta passione ci descrive la struttura e ci narra la sua storia, interrotto ad inter-

valli regolari dall'ingresso di qualche utente che passa a salutare. Infine chiamo una collega infermiera che ci scorterà per il nostro giro turistico.

La prima tappa prevede una visita al reparto di emergenza dove gli utenti permangono in osservazione per circa 24 ore per stabilire se necessitano o meno di un ricovero e dove vengono accolti i senza tetto. È presente un servizio di sicurezza h24 che interviene nei casi di grave agitazione dell'utenza. Veniamo ricevuti da uno psichiatra con cui ci fermiamo a parlare a lungo: ha lavorato in Francia e conosce molto bene le strutture europee e il loro funzionamento. Sottolinea che in psichiatria si cura in particolar modo con la relazione, con i legami familiari, evidenziando che in Senegal come in molti altri paesi d'Africa mancano risorse ma non braccia e solidarietà! In poche parole, attraverso una bella metafora, ci regala una splendida lezione di etnopsichiatria.

La seconda tappa ci porta in un reparto di acuzie adulti: ci viene mostrata l'infermeria, il reparto e le camere che ci svelano la vera particolarità della struttura. Ogni utente deve essere accompagnato da un parente che ha l'obbligo di rimanergli accanto per tutta la degenza, notte compresa. Le stanze sono

infatti dotate di un letto in più per ogni ospite dedicato al proprio accompagnatore al fine di gestire al meglio la crisi, evitare allontanamenti e

migliorare la compliance terapeutica in ogni ambito delle cure.

In seguito visitiamo il day hospital di pedopsichiatria dove un gruppo di bambini in tenera età e affetti da autismo e/o ritardo cognitivo vengono accuditi da assistenti.

Il nostro tour giunge alla fine e dobbiamo ammettere che, nonostante la struttura si presenti spartana, le cure hanno un taglio di tipo moderno ed il personale è senza dubbio preparato e professionale. Scopriamo infatti in seguito che la psichiatria moderna in Senegal è giunta con un lieve anticipo rispetto a quella europea: Il loro riformatore si chiama Hery Collomb e negli anni sessanta trasformò la struttura nel pieno rispetto della "Teranga", la cultura dell'accoglienza, tipica del Senegal.

Per concludere: tra le varie possibilità di impiego che offre la professione infermieristica vi è la "spendibilità" della "competenza" tecnico-sanitaria in progetti in paesi in via di sviluppo. Tali progetti (...e viaggi) permettono di conoscere luoghi esotici indubbiamente affascinanti e, ancor più, di vivere intensamente e dall'interno culture diverse e a volte, ai nostri occhi, estreme. Una esperienza solidale in un paese in via di sviluppo vuol dire viaggiare in rete con altri professionisti, con associazioni, fare nuove conoscenze umane, ampliare il proprio bagaglio professionale e toccare con mano, laddove presente, l'indigenza -e le sue conseguenze in tema di diritto alla vita- ma anche la vitalità, la vivibilità delle relazioni e la solidarietà sociale che spesso anima queste comunità.



NASCE LA RUBRICA "letti per voi"

La redazione di "Agorà" ha ritenuto interessante la proposta postaci da un iscritto sulla possibilità di introdurre nel nostro periodico la recensione di un libro o di un romanzo che in qualche modo possa essere legato all'attività infermieristica o al proprio vissuto personale. Iniziamo dunque con tre libri davvero interessanti che risultano essere tremendamente attuali.

Per pubblicare la tua recensione, invia il testo, il titolo del libro e i dettagli all'indirizzo: info@opicomo.it

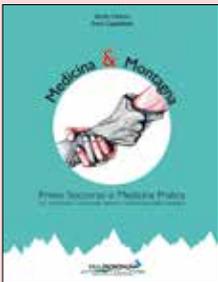
di Massimo Franzin



Titolo: **Non dirmi che hai paura** - Autore: Giuseppe Catozzella - Editore: Feltrinelli - Collana: I narratori - Anno edizione: 2014 - Costo: da 9,00 a 15,00 euro - Pagine: 236 p., Brossura

Samia è una ragazzina di Mogadiscio. Ha la corsa nel sangue. Ogni giorno divide i suoi sogni con Ali, che è amico del cuore, confidente e primo, appassionato allenatore. Mentre intorno la Somalia è sempre più preda dell'irrigidimento politico e religioso, mentre le armi parlano sempre più forte la lingua della sopraffazione, Samia guarda lontano, e avverte nelle sue gambe magre e velocissime un destino di riscatto per il Paese martoriato e per le donne somale. Gli allenamenti notturni nello stadio deserto, per nascondersi dagli occhi accusatori degli integralisti, e le prime affermazioni la portano, a soli diciassette anni, a qualificarsi alle Olimpiadi di Pechino. Arriva ultima, ma diventa un simbolo per le donne musulmane di tutto il mondo. Il suo vero sogno, però, è vincere. L'appuntamento è con le Olimpiadi di Londra del 2012. Ma tutto diventa difficile. Gli integralisti prendono ancora più potere, Samia corre chiusa dentro un burqa ed è costretta a fronteggiare una perdita lacerante, mentre il "fratello di tutta una vita" le cambia l'esistenza per sempre. Rimanere lì, all'improvviso, non ha più senso. Una notte parte, a piedi. Rincorrendo la libertà e il sogno di vincere le Olimpiadi. Sola, intraprende il Viaggio di ottomila chilometri, l'odissea dei migranti dall'Etiopia al Sudan e, attraverso il Sahara, alla Libia, per arrivare via mare in Italia. Con una scrittura semplice e scarna, viene narrata la storia vera di una ragazzina somala che, malgrado povertà e guerra civile, corre, corre, con una passione e una tenacia che la portano presto a vincere gare nazionali e a partecipare, giovanissima e impreparata, alle Olimpiadi di Pechino. Esperienza che le consente per la prima volta di uscire dal proprio Paese, di prendere un aereo, di avere un bagno, di mangiare come "un'atleta", di correre anche senza velo. Ma per vivere il suo vero sogno, le Olimpiadi di Londra, alle quali vuole arrivare allenata e ben preparata per competere anche con i suoi miti, decide di intraprendere il Viaggio, prima attraverso il deserto e poi attraverso il Mediterraneo, verso l'Italia, verso l'Europa, verso la libertà. Senza paura. Un libro che dovrebbe essere letto anche nelle scuole, per sapere come succede e perché l'accoglienza non può essere negata. Pulito, ben scritto e appassionante.

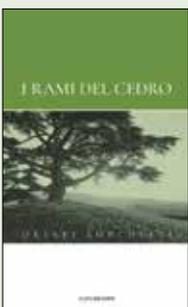
di Massimo Franzin



Titolo: **Medicina e Montagna** - Primo Soccorso e Medicina Pratica - Autore: Guido Caironi e Anna Cappelletti - Editore: Idea Montagna - Costo: 26 euro

Il desiderio fondamentale di questo libro è quello di diffondere una cultura sanitaria. Una cultura che non sia ovviamente specialistica ma che, in maniera semplice e divulgativa, permetta di scoprire e apprendere le principali modalità di trattamento e di gestione di piccole e grandi problematiche sanitarie. Pur restando saldamente ancorata alle principali evidenze scientifiche e basandosi su quelle che nel mondo sanitario sono note come Prove di Efficacia (Evidence Based Medicine). Affrontando escursioni più o meno impegnative in ambienti cosiddetti "impervi" non è possibile non conoscere i rudimenti del Primo Soccorso, pur nella speranza di non dover mai impiegare i concetti e le tecniche apprese. Muoversi in montagna significa entrare in un ambiente a cui l'uomo di città non è avvezzo. Un ambiente non "pericoloso" in sé stesso, ma in grado di modificare le nostre percezioni, le nostre esigenze e di offrire tutto un corteo di difficoltà che solo la pratica, l'esperienza e la conoscenza possono in parte risolvere o mitigare. Il testo, molto chiaro e di scorrevole lettura, aiuta a comprendere come soccorrere un infortunato, partendo dalle prime fasi della chiamata dei soccorsi e dell'auto-sicurezza, sino al trattamento delle problematiche dell'alta quota. Quindi in quegli ambienti dove l'aiuto dell'equipe sanitaria professionale potrebbe tardare ad arrivare, proprio a causa della natura del territorio e in virtù della distanza dai centri urbani. Il libro è quindi destinato ad un pubblico di "camminatori" ed "alpinisti", siano essi dilettanti che professionisti (Guide Alpine, Accompagnatori di Media Montagna, Guide Escursionistiche); ma soprattutto è orientato a tutti coloro che si muovono "in ambiente", qualsiasi sia il loro grado di preparazione sanitaria e di conoscenza medica. Ed è infine dedicato a tutti i curiosi e agli amanti della materia "montagna-correlata". Un'opera quindi di ampio respiro e di cultura, da cui traspare l'immensa passione degli autori per il mondo delle cime, dei ghiacciai, dei sentieri e degli spazi aperti. Da leggere tutto d'un fiato.

di Sara Della Torre



Titolo: **I RAMI DEL CEDRO** - Autore: Oreste Ronchetti - Editore: ELPO EDIZIONI - Costo: 15 euro

Leggere un romanzo è come intraprendere un viaggio da cui si torna cambiati. Le vite dei protagonisti ci coinvolgono ed entrare nella loro storia è come viverla di riflesso. Oreste Ronchetti, dopo anni dedicati a guarire la sofferenza degli altri e spesso a contatto con persone in gravi difficoltà, ha trovato, nella chiave di un romanzo, nella fantasia di una storia, nella concretezza di alcuni personaggi, l'occasione di riflettere sulla possibilità di guardare alla vita da una angolatura che vede nella disabilità l'occasione di un nuovo percorso. "I rami del cedro" è il suo primo romanzo: un mosaico di storie umane che si intrecciano, dove ogni lettore può immedesimarsi e cercare di comprenderne paure bloccanti e slanci di vita. "Il 1981 è stato l'anno per le pari opportunità, indetta dall'Onu - scrive l'autore nella prefazione del libro -". In particolare, si voleva porre l'attenzione all'inclusione dei soggetti con disabilità, troppo spesso relegati ai margini della società, visti come oggetto di attenzioni assistenziali e non come soggetti che possono portare il loro contributo per far crescere e migliorare la nostra società (...). In quell'anno ho scoperto un mondo che non conoscevo e soprattutto ho scoperto che una persona non vale in relazione alla propria bellezza o "completezza" fisica, ma in quanto persona, fatta di emozioni, di sentimenti, di pensieri e di azioni". La storia del protagonista del libro, Paolo Varani nasce da questo desiderio: immaginare un mondo senza la divisione tra "normali" e "disabili". Semplicemente: un mondo. Il romanzo si sviluppa proprio da un improvviso colpo di scena: Paolo esce dal lavoro e si prepara per un week end d'amore. Nulla fa presagire che sulla sua strada comparirà una deviazione inaspettata. Accanto al dolore, alla volontà di reagire e alla paura personale ruotano gli affetti familiari, i colleghi di lavoro e le storie sentimentali che, seguendo gli accadimenti, perdono vigore, finiscono, nascono e si intrecciano. Un inno alla vita e un augurio per ogni lettore.

Nasce il Gruppo Giovani Provinciale



L'attività della Consulta Giovani OPI Como si fa sempre più intensa: il primo passo sarà quello di cambiare il nome in Gruppo Giovani OPI Como, con l'intento di avvicinarsi al mondo dei diversi Gruppi Giovani dei vari Ordini e categorie professionali presenti sul territorio.

È da qualche mese iniziata una stretta e fiduciosa collaborazione con il Coordinamento Gruppo Giovani Como, comitato che dal 1999 si prefigge come scopo quello di creare una rete tra associazioni e Ordini del territorio, collaborando insieme su progetti culturali ed iniziative a scopo benefico, promuovendone lo sviluppo nel territorio comasco. Questa è sicuramente una grande occasione, per la nostra categoria professionale, di dimostrare la propria capacità di generare valore orientando la

A tal proposito, oltre a diverse riunioni di confronto, la Consulta ha avuto modo di conoscere meglio il comitato di Coordinamento attraverso due eventi importanti: il primo rappresentato dall'uscita conviviale dell'11 maggio alle cantine in Barolo de "I Marchesi di Barolo", occasione per conoscersi e passare una giornata di confronto; il secondo importantissimo evento ha invece avuto luogo presso la Terrazza 241, Rooftop dell'Hilton Lake Como dove il 19 giugno il Coordinamento Gruppo Giovani ha tenuto la tradizionale festa d'estate: obiettivo della serata è stata la raccolta fondi in favore della Cooperativa sociale "Sim-patia, abili a vivere", che dal 1989 si occupa del recupero fisico e psicologico post-traumatico garantendo assistenza h24.

La Consulta Giovani OPI Como è diventata sempre più un punto di riferimento per quanto riguarda la gestione delle pagine social dell'OPI di Como. Le statistiche relative all'interazione con le pagine Facebook ed Instagram sono in aumento: il tutto grazie, principalmente, al vostro supporto. Negli ultimi mesi si sta consolidando sempre più anche la piattaforma Instagram che proseguirà così la sua attività, caratterizzata da un tono leggermente più "informale" ma molto interattivo e dinamico, pur mantenendo sempre la

massima professionalità che ci caratterizza.

Non da ultimo, sono in cantiere "Le Rubriche" che hanno l'obiettivo di presentare una determinata tematica di interesse infermieristico sotto numerosi punti di vista: gli argomenti verranno analizzati studiandone le prove di efficacia, gli articoli scientifici più rilevanti in materia e offrendo spunti concreti per la pratica clinica, e saranno in parte semplificati così da essere fruibili anche alla cittadinanza. Sempre più intensa inoltre si conferma la collaborazione con le Commissioni Immagine e Formazione dell'OPI di Como per le quali la Consulta si è resa sempre disponibile nella pubblicazione ed organizzazione dei vari eventi, tra i quali, a breve, lo YOUNG – Orienta il tuo futuro, dove quest'anno verranno introdotte importanti novità (Stay tuned!!). Alla luce delle attività sempre più ricche, la Consulta Giovani OPI Como ha bisogno anche del tuo supporto!!! Se sei un giovane infermiere (fino a 35 anni) o studente infermiere e hai voglia di far parte di un progetto stimolante e coinvolgente siamo ben felici di averti tra di noi.

Qualora fossi interessato ad avere più informazioni e ad entrare a far parte del nostro gruppo puoi scrivere al seguente indirizzo email: alessandro.dangelo89@gmail.com



propria azione non solo alla singola persona, come avviene in ambito clinico, ma anche alla collettività, così come sancisce l'Art. 2 del Codice Deontologico.

* già infermiere di area critica presso l'Ospedale di Gravedona, è infermiere presso l'u.o. di riabilitazione e blocco operatorio presso il Presidio di San Fermo della Battaglia.



SE NON HAI ANCORA PROVVEDUTO... ATTIVA LA PEC!

Come comunicato in precedenza si rende noto che la PEC è obbligatoria per tutti gli iscritti per legge, infatti ogni professionista iscritto a qualsivoglia ordine professione è obbligato a dotarsi di una pec (posta elettronica certificata). Questo strumento è utilissimo perché permette all'iscritto di inviare una mail con la valenza di una raccomandata A/R. L'Ordine delle Professioni Infermieristiche di Como fornisce questo servizio gratuito e rende noto che per ottenerla è sufficiente contattare l'ufficio allo 031.300.218 oppure inviando il modulo presente sul sito www.opicomo.it nella sezione PEC. Allegando una copia della carta d'identità.

MIGRAZIONE PEC da DOMINIO @pec-ipasvicomo.it a @pec-opicomo.it

Ricordiamo a tutti gli iscritti in possesso della pec creata sul dominio nome.cognome@pec-ipasvicomo.it che non hanno ancora trasmesso il modulo autorizzativo alla migrazione pec, di affrettarsi inviarlo compilato e firmato nel più breve tempo possibile.

Solo a completamento di questa fase potremo identificare la data in cui avverrà la migrazione che provvederemo a comunicare per tempo.

L'account nome.cognome@pec-ipasvicomo.it resterà quindi ATTIVO fino a nostra comunicazione in merito che indicherà la data di migrazione.

**PER QUALSIASI ULTERIORE INFORMAZIONE E/O DUBBI,
È POSSIBILE CONTATTARE LA SEGRETERIA DELL'ORDINE
(TEL. 031/300218) NEGLI ORARI DI APERTURA**

