

# Tempo di Nursing

Infermieri professionali assistenti sanitari vigilatrici d'infanzia

TdN 65, Novembre 2013

www.ipasvibs.it

## 1 EDITORIALE

Infermieri autonomi e responsabili?  
**di Stefano Bazzana**

## 3 OSSERVATORIO

Funzioni di coordinamento nelle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA)  
**di Valter Tarchini**

## 6 FOCUS

Infermiere di centrale operativa 118: una figura non più necessaria?  
**di Marco Torriani**

Il problema della responsabilità clinico - assistenziale  
in un dipartimento di salute mentale  
**di Stefania Bossoni**

La percezione della responsabilità professionale  
**di Marco Romele**

Evoluzione professionale o professionisti evoluti? Il salto di qualità  
**di Fabio Stanga**

La responsabilità dell'infermiere nell'ambito delle infezioni ospedaliere  
**di Pasquale La Torre**

## 29 COMUNICAZIONI DEL COLLEGIO

ECM: istruzioni per l'uso  
**di Ermellina Zanetti**

Consiglio Direttivo: redistribuzione delle cariche

## 33 FUORI FOCUS

Infermiere a Londra tra incertezze e soddisfazioni  
**di Gianfranco Marta e Elena Ferrari**

## 36 NonSoloLibri

Palazzo Reale di Milano: "Pollock e gli Irascibili"  
**a cura di Angela Di Giaimo**

Le immagini pubblicate in questo numero sono tratte dall'archivio fotografico del Collegio.

# Sommario



## EDITORIALE

Infermieri autonomi e responsabili?  
di Stefano Bazzana.....Pag. 1



## OSSERVATORIO

Funzioni di coordinamento nelle  
Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA)  
di Valter Tarchini.....Pag. 3



## FOCUS

Infermiere di centrale operativa 118:  
una figura non più necessaria?  
di Marco Torriani.....Pag. 6

Il problema della responsabilità clinico - assistenziale  
in un dipartimento di salute mentale  
di Stefania Bossoni.....Pag. 12

La percezione della responsabilità professionale  
di Marco Romele.....Pag. 17



Evoluzione professionale o professionisti evoluti?  
Il salto di qualità  
di Fabio Stanga.....Pag. 22

La responsabilità dell'infermiere nell'ambito  
delle infezioni ospedaliere  
di Pasquale La Torre.....Pag. 25



## COMUNICAZIONI DEL COLLEGIO

ECM: istruzioni per l'uso  
di Ermellina Zanetti.....Pag. 29

Consiglio Direttivo:  
ridistribuzione delle cariche.....Pag. 32



## FUORI FOCUS

Infermiere a Londra tra incertezze e soddisfazioni  
di Gianfranco Marta e Elena Ferrari.....Pag. 33



## NonSoloLibri

Palazzo Reale di Milano: "Pollock e gli Irascibili"  
a cura di Angela Di Giaimo.....Pag. 36



**IPASVI**  
Brescia



## Infermieri autonomi e responsabili?

di Stefano Bazzana\*



**U**na delle competenze "di cittadinanza" è proprio l'agire in modo autonomo e responsabile: sapersi inserire cioè in modo attivo e consapevole nella vita sociale e professionale, facendo valere al loro interno i propri diritti e bisogni riconoscendo al contempo quelli altrui, le opportunità comuni, i limiti, le regole, le responsabilità

**N**ell'attuale scenario sociale e sanitario diventa sempre più rilevante il ruolo assunto dall'infermiere sia come professionista responsabile dell'assistenza infermieristica sia come sanitario che si trova di fronte a problematiche che coinvolgono le diverse responsabilità presenti in ambito assistenziale. Quando parliamo di responsabilità va considerato che diversi fattori sociali, culturali, politici ed economici hanno fortemente influenzato nel corso degli anni, l'erogazione dell'assistenza sanitaria e la relativa evoluzione della formazione e dell'e-

sercizio professionale dell'infermiere e quindi, conseguentemente, anche i due concetti di autonomia e di responsabilità, tra loro strettamente interdipendenti.

Anche i valori alla base della deontologia e dell'etica infermieristica si sono successivamente evoluti portando con sé cambiamenti molto ampi riguardo i concetti di autonomia e responsabilità, sia grazie alla lotta per il riconoscimento sociale dell'infermiere, sia grazie alle successive leggi che nel tempo hanno sigillato alcuni capisaldi fondamentali per la definizione della professione, protagonista di una crescita ed un riconoscimento, almeno sulla carta, mai conosciuti prima. Tuttavia non

sempre e dappertutto questa evoluzione si è tradotta nelle realtà organizzative e nella pratica quotidiana, nonostante le Regioni abbiano chiesto al Ministero della Salute di ampliare le competenze dell'infermiere. Forse dall'abolizione del mansionario l'infermiere deve ancora imparare a convivere con una diversa concezione di responsabilità molto più ampia e con una nuova consapevolezza che lo rende a pieno titolo l'unico professionista "responsabile dell'assistenza infermieristica", come previsto dal profilo (DM 739/94) con una parziale attuazione fino al 1999, anno della completa abolizione del mansionario con la Legge 42. Da mero esecutore delle prescrizioni mediche, l'infermiere, diventa infatti un professionista sanitario responsabile delle proprie azioni, ossia una persona competente in grado di essere all'altezza delle situazioni e che grazie alle sue conoscenze dimostra di essere capace di identificare l'azione appropriata non solo dal punto di vista scientifico, ma anche etico. Non a caso nel sistema europeo EQF (*European Qualification Framework*) le competenze sono descritte in termini di responsabilità e autonomia. Ne deriva che l'esser responsabili è strettamente legato al concetto più ampio di competenza, cioè l'essere in grado di rispondere con le proprie scelte

a problemi sempre nuovi e ciò comporta che vengano fornite ragioni e argomentazioni soddisfacenti per le proprie azioni o decisioni. Non solo: la citata Legge 42 ha ridisegnato, tracciandone i profili e i confini, l'idea di responsabilità attribuibile ai professionisti, individuando il cosiddetto "*campo proprio di responsabilità*", considerandola non tanto come finalizzata alla continua ricerca del "chi sbaglia paga", quanto piuttosto restituendo al concetto di responsabilità il suo valore e significato originale. Ossia il saper fornire il *responsum*, la risposta che ripristinava il legame interrotto tra uomo e divinità e che oggi assume il significato del fornire la risposta corretta e coerente per la soddisfazione dei bisogni di assistenza e per la soluzione dei problemi di salute dei cittadini e, conseguentemente, attivandosi responsabilmente per raggiungere tale obiettivo. Oggi l'infermiere è questo. Oggi l'infermiere è un professionista autonomo. Ma il paradosso è che non si può essere autonomi da soli: il lavoro assistenziale è un lavoro di rete, con molti attori, in cui l'infermiere è protagonista a fianco della persona assistita.

\* *Presidente del Collegio IP.AS.VI. di Brescia*



# Funzioni di coordinamento nelle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA)

di Valter Tarchini\*

## **Premessa**

*Le rete delle Residenze Sanitarie Assistenziali della provincia di Brescia si compone complessivamente di 100 strutture (86 nell'ASL di Brescia e 14 nell'ASL di Valle Camonica) per complessivi 7652 posti letto (6695 nelle 86 RSA dell'ASL di Brescia e 957 nelle 14 RSA dell'ASL di Valle Camonica). Sono circa 600 gli infermieri impegnati nell'assistenza all'interno di queste strutture: una parte consistente degli 8.000 professionisti iscritti al Collegio IP.AS.VI. di Brescia.*

*I dati di letteratura e l'analisi "sul campo" di quanti lavorano all'interno delle residenze confermano che le RSA accolgono anziani, con un'età media di oltre 85 anni, affetti da grave disabilità fisica, e nell'80% dei casi anche cognitiva, che richiedono assistenza e cure continuative. Sono in costante aumento anche gli anziani provenienti dall'ospedale nei quali alla disabilità si associa la necessità di monitoraggio per la presenza di instabilità clinica. L'assistenza infermieristica rappresenta quindi un elemento centrale per rispondere ai bisogni di cura e assistenza degli anziani ospiti.*

*Il Collegio IP.AS.VI. ha perciò scelto di dedicare attenzione a questo delicato settore, promuovendo un percorso di valorizzazione degli infermieri che svolgono funzioni di coordinamento all'interno delle RSA, ovvero dei*

*professionisti che si occupano di organizzare l'assistenza perché a ciascun anziano siano assicurate le cure più appropriate. Nell'esercizio delle funzioni e ruoli di coordinamento si mettono in relazione una pluralità di competenze, da quelle tecniche legate alla professione infermieristica a quelle relazionali e comunicative, da quelle di gestione di gruppi di lavoro a quelle di gestione e integrazione organizzativa più complessiva. Il loro riconoscimento e sviluppo consente di esercitare un ruolo più consapevole, progettuale, strategico.*

*Le riflessioni contenute nell'articolo sono riferite al "Per-Corso Coordinatori", un percorso di formazione e ricerca avviato nel 2013 che coinvolge 23 infermieri che svolgono funzioni di coordinamento in altrettante RSA di Brescia e provincia. È la prima edizione di un investimento di lungo periodo rivolto al sostegno dei ruoli di coordinamento nelle RSA del territorio. È promosso dal Collegio con il patrocinio delle ASL di Brescia e Valle Camonica e il patrocinio e finanziamento dell'Unione Provinciale Istituti per Anziani (UPIA) di Brescia, ed è realizzato con la consulenza progettuale e la conduzione formativa dello Studio APS di Milano nella persona del dottor Walter Tarchini.*

*Ermellina Zanetti, Coordinatore Commissione Formazione Collegio IP.AS.VI. di Brescia*

## Peculiarità delle RSA

Investire sulla funzione di coordinamento è fondamentale per promuovere e sostenere la qualità dei servizi per anziani. Il coordinamento riporta, infatti, all'esigenza di operare attivamente per tenere in connessione e integrazione tra di loro elementi che compongono la produzione di un servizio: la qualità di queste connessioni e integrazioni ne è elemento qualificante. Nelle RSA queste esigenze di connessione e integrazione da sostenere e presidiare sono peculiari e complesse.

Le strutture residenziali per anziani sono infatti dei servizi peculiari, forme di convivenza organizzata chiamati a coniugare la quotidianità delle persone con la quotidianità degli apporti professionali, dove le dimensioni di soggettività e di comunità, le ritmiche personali e le ritmiche organizzative debbono trovare degli equilibri qualitativi e rispettosi delle diverse dimensioni in gioco.

Sono servizi chiamati a dare continuità alla gestione di problematiche di salute legate ad acuzie, cronicità, non autosufficienza, e contemporaneamente anche a dare continuità, per ognuna delle persone ospiti, a forme di relazione con il proprio patrimonio di esperienze e di identità, con la propria storia, con i legami e gli affetti familiari e relazionali. Sono inoltre chiamati ad accompagnare una vita nel suo fluire, e frequentemente al suo finire.

Una continuità e un accompagnamento nel tempo non solo delle condizioni psicofisiche ma anche di quelle identitarie e relazionali delle persone e delle loro famiglie, al fine di costruire un benessere possibile nella nuova condizione di vita e di residenza. Un benessere possibile che è collegato anche al poter riconoscere nella nuova condizione delle dimensioni di senso, dei nuovi e possibili equilibri e riconoscimenti, un continuare a vivere legami e affetti familiari e relazionali.

Nei servizi residenziali le conoscenze della ricerca medica e scientifica relative a patologie e problematiche di salute dell'età avanzata, le competenze delle professioni sanitarie e degli operatori socio-assistenziali si coniugano con l'attenzione alle dimensioni della quotidianità organizzativa. La qualità dell'accudimento e della cura e il benessere sono infatti l'esito generato da un servizio, dove sono fondamentali la qualità dei processi di lavoro, delle modalità di interazione e di riconoscimento di chi vi opera, vi entra in contatto, vi si affida o affida un proprio congiunto. Sono servizi che arricchiscono inoltre le loro potenzialità nelle forme di interazione che costruiscono con il con-

testo territoriale, i suoi servizi e i suoi rappresentanti istituzionali e con tutti i portatori di interesse.

## Snodi per la funzione di coordinamento

Nella prospettiva sopra delineata è fondamentale che l'organizzazione investa per la costruzione dell'"oggetto di lavoro", che significa riuscire a rappresentare il servizio che si vuole realizzare, ovvero i riferimenti che si devono tenere nella relazione con gli ospiti e con le loro famiglie, i valori e le ipotesi scientifiche che lo orientano, ma anche come questi si traducono in modalità e qualità nei processi di lavoro. Nell'agire degli operatori sono infatti centrali le "rappresentazioni interne" mentali ed emotive, le sensibilità e i valori.

In questo contesto il coordinamento è una risorsa organizzativa importante e alle figure che la ricoprono viene richiesto l'esercizio di funzioni diverse, sia di carattere generale, per assicurare il funzionamento complessivo della struttura, sia più micro organizzative. I coordinatori sono infatti chiamati a svolgere funzioni: di programmazione e, contemporaneamente, di gestione quotidiana di eventi e imprevisti; di controllo sugli aspetti generali dell'andamento del servizio, ma anche dei comportamenti operativi specifici e quotidiani degli operatori; di gestione dei rapporti con le famiglie nelle fasi iniziali dell'ingresso in struttura, ma anche di intervento quotidiano su possibili microconflittualità tra operatori o con le famiglie. Sono figure al centro di molte dinamiche rispetto alle quali risultano importanti i percorsi di supporto e di accompagnamento nel costruire riferimenti e competenze sempre più in sintonia con le direzioni di sviluppo e di qualità delle proprie organizzazioni.

Un servizio residenziale ha nelle forme di integrazione tra le funzioni una sua specifica necessità e qualità. La cultura dell'integrazione operativa si costruisce attraverso una condivisione continua sul campo degli interventi assistenziali. È un lavoro che implica la capacità di elaborare modelli in grado di ricomporre di volta in volta le tensioni tra esigenze degli ospiti e delle famiglie con le risorse disponibili, sforzandosi di aprire possibilità e trasformare dei limiti. Diversi sono i piani sui quali operare tali ricomposizioni: la gestione della cura e dell'accudimento; la definizione dei piani di lavoro e dei progetti di mantenimento o di riabilitazione; il raccordo tra operatori e professionisti che dipendono dalla struttura e altri che dipendono da cooperative o studi associati... È importante soprattutto vedere come questo si tra-

duce in modalità e qualità dei processi di lavoro. Per i coordinatori è dunque importante sviluppare competenze nella messa a fuoco di obiettivi di cura collegati al riconoscimento dei processi di lavoro che vi sono collegati, e alla definizione di strumenti e indicazioni che facciano da supporto al comportamento lavorativo dei diversi operatori.

### **Il servizio è per le persone ospitate nelle RSA, ma anche per le loro famiglie**

Le relazioni che collegano famiglie, persone ospitate e servizio residenziale, sono relazioni complesse che si muovono tra delega e ricerca di mantenimento di legami, tra istanze di controllo e di compartecipazione, tra sensi di colpa e nuovi investimenti, tra senso di disturbo e risorsa di coinvolgimento. La famiglia è di fatto un soggetto costantemente presente nei servizi per anziani. Essa è presente nel momento della scelta del ricovero dell'anziano in struttura, durante la costruzione dell'ingresso e durante la permanenza. Lo è per molte ore della giornata e tutti i giorni della settimana. Diventano importanti gli investimenti inerenti le rappresentazioni e le elaborazioni progettuali rispetto alle implicazioni che questa presenza può assumere all'interno dei servizi. Da una loro carenza ne derivano altrimenti fatiche, incomprensioni, conflitti, vissuti di rivendicazione e di controllo che risultano problematici per le diverse componenti coinvolte: operatori, ospiti e famigliari stessi. Le famiglie possono dunque essere meno "sullo sfondo" di una quotidianità di cura ed essere invece rappresentate come componenti e interlocutori di un percorso che, anche con loro, si sta realizzando. Essere quindi meno spettatori, a volte anche minacciosi, ed essere invece componenti della costruzione di un benessere possibile. In questo quadro le relazioni e le interazioni che si costruiscono con le famiglie assumono un aspetto qualificante, per le persone accolte, ma anche per gli operatori e per la realizzazione del servizio. Con i coordinatori si possono dunque costruire ipotesi e percorsi finalizzati a qualificare le forme di interazione con le famiglie nei diversi momenti del percorso di vita nella residenzialità.

### **Oggetto di lavoro e processi di integrazione**

Se l'oggetto di lavoro non è sufficientemente definito, rappresentato e riportato a processi di lavoro entro i quali i singoli operatori si possano "vedere", è facile che gli apporti lavorativi di ciascuno tendano verso logiche e obiettivi frammentati, con

il rischio che si giustappongano l'un l'altro, che i riferimenti diventino prevalentemente, e più in astratto, quelli della mansione e della prestazione in sé. In mancanza di un oggetto di lavoro visibile e condiviso tendono inoltre a riemergere modelli culturali interiorizzati, impliciti e spesso inconsapevoli, sicuramente rassicuranti anche perché dotati di forza e persistenza. In questo modo succede che ogni ruolo segue i propri codici e i propri riferimenti con il determinarsi di una logica di lavoro più "istituzionalizzante" e "meccanicistica" ancorata al rispetto del proprio mansionario.

Un'organizzazione di questo tipo tende inevitabilmente a ridurre gli ospiti e i loro famigliari a oggetto degli interventi e delle azioni assistenziali, che magari sono anche qualificate, non riuscendo però a riconoscere una loro soggettività. In questo schema aumentano anche le microconflittualità quotidiane tra operatori, con gli ospiti e con le famiglie; proprio perché l'oggetto di lavoro dei servizi residenziali è complesso, non ne va data per scontata la sua rappresentazione presso gli operatori. Presidiare questi aspetti è uno dei contenuti importanti del lavoro delle figure di coordinamento.

Rappresentare i processi e il loro senso, e non le singole prestazioni, è anche una risorsa per favorire la cooperazione e i mutui aggiustamenti tra gli operatori e le professioni in rapporto alle situazioni specifiche che si presentano nel processo di assistenza e cura. Confini mobili tra le diverse professioni e reciproci aggiustamenti consentono di affrontare meglio le variabilità che gli ospiti pongono.

È per questo che l'attenzione del coordinatore deve saper andare alla riconsiderazione dei processi di lavoro, ma anche alle rappresentazioni mentali degli operatori, perché queste concorrono a definirne i comportamenti lavorativi, nonché la capacità di interagire positivamente con gli altri colleghi, con gli ospiti e con le loro famiglie.

È importante allora riconoscere la necessità di non dare per scontati i significati e i contenuti del coordinamento, anche per mettere in campo delle azioni di accompagnamento alla costruzione di un ruolo che sia più articolato nei suoi riferimenti, e più adeguato rispetto alla domanda di qualità che è rivolta alle residenze per anziani. Vi è dunque una qualità e una strategicità nei contenuti di ruolo dei coordinatori che è importante sostenere e qualificare.

\* *Studio APS di Milano*

# Infermiere di centrale operativa 118: una figura non più necessaria?

di Marco Torriani\*

## **Introduzione**

La normativa in atto (D.P.R. 27/03/1992) istitutiva del Sistema 118 in Italia all'Art. 4. "Competenze e responsabilità nelle Centrali Operative" cita: *"La Centrale Operativa è attiva per 24 ore al giorno e si avvale di personale Infermieristico adeguatamente addestrato, nonché di competenze mediche di appoggio. Queste devono essere immediatamente consultabili e sono assicurate nominativamente, anche a rotazione, da medici dipendenti con esperienza nel settore dell'urgenza ed emergenza e da medici del servizio di guardia medica di cui all'art. 22 dell'accordo collettivo nazionale per la regolamentazione dei rapporti con i medici addetti al servizio di guardia medica e di emergenza territoriale, reso esecutivo con decreto del Presidente della Repubblica 25 gennaio 1991, n. 41. La responsabilità operativa è affidata al personale infermieristico professionale della centrale, nell'ambito dei protocolli decisi dal medico responsabile della centrale operativa."*

Negli ultimi due anni alcune Regioni Italiane hanno introdotto la riorganizzazione del Sistema di Soccorso Sanitario Urgenza Emergenza 118, modificando in particolare l'assetto delle

così dette Centrali Operative (CO). Tra i principali aspetti presi in esame, particolarmente significativa l'introduzione dell'operatore tecnico contestuale alla riduzione del personale Infermieristico all'interno delle CO. Il presente articolo fa riferimento a quanto recentemente pubblicato sulle riviste italiane sull'argomento.

## **CHI È L'INFERMIERE DELLA CENTRALE OPERATIVA DI SOCCORSO SANITARIO URGENZA EMERGENZA - 118**

L'Infermiere di Centrale Operativa è il primo e unico contatto telefonico che l'utente ha in una situazione d'emergenza. Compito, ruolo e funzione istituzionale degli Infermieri è garantire il coordinamento di tutti gli interventi di Soccorso Sanitario nell'ambito territoriale di riferimento e di attivare la risposta ospedaliera 24 ore su 24. La capacità valutativa, unitamente all'analisi dei bisogni, dell'utenza in emergenza è propria del personale Infermieristico, che in autonomia decisionale (in quanto preparato, esperto e competente), attiva la risposta idonea gestendola e coordinandola. Così come definito dalla normativa vigente, l'Infermiere idoneo a prestare servizio nella centrale operativa è il professionista che

ha esperienza nell'area critica, o che ha seguito corsi di formazione nel settore dell'emergenza. Al personale Infermieristico è attribuita responsabilità nell'ambito dei protocolli della Centrale e svolge funzioni di ricezione, registrazione e selezione delle chiamate, determinazione dell'apparente criticità dell'evento segnalato, codificazione delle chiamate e delle risposte secondo il sistema delle codifiche definito dal decreto del Ministro della Sanità del 15 maggio 1992. Contestualmente, nelle situazioni critiche, consulta il Medico assegnato alla centrale, e gli fornisce gli elementi necessari ad assumere le decisioni negli interventi complessi, mantenendo i collegamenti con il personale di bordo dei mezzi di soccorso. L'obiettivo dell'Infermiere è fornire sempre una risposta sanitaria adeguata all'utente o di garantire comunque una risposta telefonica (in questo caso di inoltro ad altri enti di emergenza) anche qualora l'utente non presenti bisogni di tipo sanitario.

Tra le sue competenze si annoverano:

- la conoscenza del territorio della provincia e delle zone limitrofe;
- la conoscenza dell'ubicazione delle strutture sanitarie nella provincia ed nelle province limitrofe;
- la conoscenza del numero e ubicazione delle varie associazioni di volontariato della provincia;
- l'utilizzo del software di Centrale e della rete telefonica in dotazione;
- l'autonoma applicazione del protocollo di intervista telefonica e delle procedure di invio dei mezzi di soccorso sanitari e non.

Deve acquisire e possedere le seguenti abilità:

- comunicare con l'utente di qualsiasi livello culturale e quindi in possesso o meno di appropriato vocabolario;
- improntare il colloquio in modo da evitare impressione di superficialità e provocare un'immediata perdita di fiducia da parte del chiamante che poi si può trasformare in accoglienza negativa o ostile/aggressiva nei confronti dei soccorritori giunti sul posto;
- possedere l'autocontrollo necessario affinché l'atteggiamento dell'utente stesso non determini in alcun modo una sua reazione di conflitto. Il timbro di voce deve dare all'ascoltatore la percezione di essere in contatto con un professionista autorevole, non autoritario, comprensivo e quindi capace di comprendere e risolvere i suoi problemi;

- contenere l'emotività dell'utente sia al fine di ottenere le informazioni necessarie per la corretta gestione dell'evento ed eventualmente impartire istruzioni, sia al fine di rassicurare l'utente stesso circa la rapidità dell'eventuale invio del mezzo di soccorso, deve cioè assumere di fatto il completo controllo della situazione;
- comunicare con l'utente fino a quando quest'ultimo non ponga fine alla comunicazione o l'operatore non abbia raccolto i dati necessari e sufficienti stabiliti dal protocollo operativo. Nel concludere la telefonata deve rassicurare la persona avvisandola anche da dove arriverà il mezzo di soccorso ed il tempo presunto per l'arrivo;

A tali competenze e abilità si accompagnano le seguenti responsabilità:

- allertare i mezzi di soccorso, i mezzi di soccorso avanzato e/o altri enti in base al protocollo di attivazione e al codice di gravità;
- coordinare gli interventi di emergenza;
- mantenere le comunicazioni con il pronto soccorso e le strutture di emergenza urgenza;
- svolgere servizio di emergenza extra-territoriale;
- organizzare e gestire i trasporti trapianti e prelievi d'organo;
- gestire i trasporti secondari assistiti;
- conoscere le situazioni di maxiemergenza e gestirle attivando la procedura interna di maxiemergenza;
- svolgere e coordinare funzioni di settore, concordate con il coordinatore e assunte;
- mantenere un aggiornamento costante per garantire gli standard di qualità;
- gestire il processo di consegna e passaggio di informazioni;
- progettazione, coordinamento, gestione delle assistenze sanitarie a manifestazioni/eventi di massa;
- rilevazione e documentazione di tutti i dati desumibili dai servizi svolti, che risultano necessari per numerose e diverse finalità (qualità, statistica, imputazione di costi, etc.);
- rilevare e segnalare dati con possibili implicazioni medico legali;
- svolgere attività didattica nei confronti dell'utenza e delle associazioni che collaborano al processo di emergenza /urgenza;
- svolgere formazione e supervisione ai nuovi operatori della centrale operativa.

Lavorare nella CO del 118 richiede alta specializzazione.

lizzazione e il personale deve essere qualificato, competente, professionale e continuamente aggiornato: per l'inserimento di un nuovo infermiere, affiancato ad un Tutor, sono necessari almeno tre mesi di formazione e studio dei protocolli in uso e solo dopo circa due/tre anni egli può ritenersi sufficientemente preparato.

L'Infermiere di Centrale Operativa è dunque un incarico di grande responsabilità che richiede altresì particolari capacità. Rispondere ad una chiamata di emergenza, infatti, non è certamente compito demandabile ad un semplice centralinista. Dall'altra parte dell'apparecchio telefonico infatti vi sono spesso persone in preda all'agitazione ed al panico per cui è necessario osservare particolari accorgimenti per poter risalire alle cause dell'eventuale incidente o evento acuto di cui sono testimoni e, non di rado, chi chiama la Centrale Operativa è una persona colta da malore che utilizzando le sue ultime forze chiede soccorso.

La conoscenza dei protocolli elaborati è fondamentale per riconoscere tempestivamente la gravità dell'evento traumatico o patologico al fine di poter abbinare quanto prima un codice di gravità (codice colore), in base al quale verrà attivato il mezzo più opportuno.

Altro requisito fondamentale dell'Infermiere di Centrale Operativa è la conoscenza del software in dotazione, il corretto utilizzo degli apparecchi radio e la corretta terminologia da utilizzare nelle comunicazioni. Il buon esito del soccorso dipende anche dalla capacità dell'Infermiere di Centrale che stabilisce se inviare un'équipe medicalizzata, a quale intervento dare la precedenza e con quale rapidità inviare il mezzo sanitario.

È senza dubbio un incarico gratificante e degno riconoscimento di una professionalità di alto livello.

Nello specifico il personale infermieristico gestisce le richieste di intervento ovvero riceve e registra su una scheda informatizzata i dati ricavati.

È di fondamentale importanza che in questa fase egli provveda a:

- individuare con la maggior precisione possibile il luogo dell'intervento, registrando ogni possibile riferimento che ne faciliti la localizzazione, compreso il numero telefonico dell'utente;
- definire il tipo di intervento (coinvolti, dinamica presente ed evolutiva) prestando at-

tenzione ad identificare le situazioni in cui possa essere riscontrata la necessità di un intervento dei Vigili del Fuoco e/o Forze dell'Ordine;

- informarsi sulle condizioni cliniche (coscienza, respiro, lesioni evidenti) e sull'età delle persone coinvolte;
- identificare il sintomo principale (motivo della chiamata) e altri sintomi definiti "prioritari".

L'Infermiere quindi codifica la chiamata secondo le disposizioni ministeriali vigenti (stabilisce un codice colore) e parallelamente all'invio del mezzo, nelle situazioni più critiche e se l'utente telefonico è disposto a collaborare, l'operatore fornirà informazioni circa le manovre pre-arrivo basilari (che in tempi moderni tutti i cittadini devono conoscere ed applicare), da effettuare in attesa dell'arrivo del soccorso. Questo consente di abbreviare i tempi di attesa e migliorare l'esito.

### **CENTRALE OPERATIVA SOCCORSO SANITARIO: CENTRO DI COMANDO E CONTROLLO**

Chi dettò la legge istitutiva delle Centrali Operative del Soccorso Sanitario 118, aveva idee chiare sulle priorità da garantire. Purtroppo l'idea che le istituzioni deputate a realizzare le previsioni normative si fecero del ruolo delle Centrali 118, corrispondeva più a quella di un centralino che a quella di un centro di comando e controllo. È triste constatare come questa idea erronea ancora prevalga in molti settori dell'amministrazione.

Occorre in prima istanza sgombrare il campo da un equivoco foriero di errori gravi: le Centrali Operative di Emergenza non sono dei Call Center poiché questo presupporrebbe un accesso esclusivamente telefonico; la definizione mutuata dal mondo anglosassone è assimilabile agli High Reliability Operations System – HroS – ovvero a strutture ad elevata affidabilità come le torri di controllo aeroportuali. Negli HroS il costo dell'errore è superiore alla lezione appresa per migliorare il livello performante, questo implica la complessità richiesta in termini professionali, tecnologici e logistici.

Il lavoro che si svolge in Centrale Operativa, è un lavoro immerso in un ambiente tecnologicamente avanzato a supporto della necessità di assumere velocemente decisioni

e scelte che devono essere armonizzate; un'esperienza complessa in cui può addirittura risultare difficile capire "chi sta facendo cosa e con chi" e dove il coordinamento (tra persone, ma anche tra persone e tecnologia e tra artefatti tecnologici stessi) diviene un *modus vivendi*, una necessità ancora prima di una scelta.

È interessante capire come chi vi lavora riesca a districarsi tra una miriade di informazioni, compiti, e attività pratiche, mantenendo alti livelli di efficacia, in una stupefacente normalità, seppure a fronte di un contesto che è per definizione "emergenziale" e dunque "in movimento".

La centrale operativa è a tutti gli effetti un Centro di Comando, Coordinamento e Controllo.

La ricerca di Lucy Suchman (1997) definisce le 7 dimensioni rilevanti delle centrali operative:

1. tecnologia come pratica materiale;
2. lettura della scena;
3. riproduzione dell'ordine della normalità;
4. struttura della partecipazione;
5. costruzione dello spazio lavorativo;
6. sviluppo della competenza;
7. autorevolezza della conoscenza,

attraverso le quali è possibile comprendere il significato del lavorare nei centri di coordinamento. Queste dimensioni permettono di inquadrare e comprendere il carattere cooperativo, situato ed emergente del lavoro negli ambienti tecnologicamente densi (Bruni e Gherardi 2007) e, nel nostro caso, offrono un'utile traccia da seguire per illustrare le specificità di quanto osservato all'interno della centrale. Il sapere di chi opera in Centrale Operativa dunque incrocia le elaborazioni computerizzate all'esperienza maturata in anni di lavoro. Le indicazioni fornite dall'utente rischiano di essere superflue se non possono essere inserite nel panorama esperienziale della sala e, anche per questo, l'operatore rende la propria attività manifesta agli altri partecipanti, in modo che questi possano ricondurre la situazione a pratiche sedimentate nelle quali far ricadere la "normalità dell'azione".

All'interno della sala di controllo la condivisione delle informazioni è alla base della gestione di un qualsiasi evento, per questo un elemento fondamentale è dettato dalla necessità di rendere manifeste le informazioni in modo che tutti possano contribuire all'azione. Come si può notare, la responsabilità dell'evento è distribuita in maniera diffusa, non vi è una chiara

divisione dei compiti che possa favorire l'identificazione del ruolo all'interno della sala, ed in questo senso nemmeno la tecnologia sembra giocare un ruolo determinante. L'esperienza acquisita sembra avere un ruolo assolutamente preponderante, soprattutto per quella che è la capacità degli operatori più esperti di orientare le attività secondo le proprie interpretazioni. I turni di servizio sono organizzati in modo da garantire sempre la presenza in sala di due operatori maggiormente esperti rispetto agli altri.

La responsabilità diffusa all'interno delle attività riveste quindi un ruolo straordinariamente importante, in quanto orienta la partecipazione in maniera collaborativa, tanto da rendere gli attori egualmente partecipi nonostante svolgano azioni differenti.

Tuttavia le tecnologie che consentono di proiettare gli operatori fuori dalla sala non sempre consentono un'altrettanto veloce comprensione delle circostanze, per cui gli operatori sono sempre alla ricerca di un qualche tipo di riscontro spaziale in grado di inquadrare l'attività.

Lavorare in un centro di coordinamento significa avere una percezione fluida ed ad un tempo strutturata dello spazio. È infatti lo "spazio in uso" a chiarire dove lavorano gli operatori, rendendo possibile la costruzione dell'evento.

La conoscenza pratica viene trasmessa in forma imperativa e le azioni non vengono giustificate: nel corso dell'azione, al soggetto è richiesto di porre una fiducia cieca non tanto nel collega più esperto, quanto nelle pratiche che costituiscono l'attività della centrale. In questo modo, il novizio ha la possibilità di affinare un bagaglio esperienziale tale da relazionarsi con l'azione in maniera "esperta". Questo processo è continuo all'interno delle attività ed è garantito dall'ininterrotto susseguirsi di interazioni, che plasmano e connotano le attività stesse: sono occasioni per mettere alla prova le pratiche dell'intero gruppo, a sottolineare come l'acquisizione delle competenze sia un processo continuo, che si integra con lo svolgimento delle attività, e con l'efficacia di queste ultime.

Quando si parla di autorevolezza della conoscenza si vuole richiamare la relazione tra l'accesso e il controllo sulle tecnologie, ponendo l'attenzione sulle forme di conoscenza che vengono considerate autorevoli, utili a costruire le basi legittime per riflettere intorno all'azione (Suchman 1997).

Abbiamo già visto come spesso l'interazione

con le tecnologie non sia affatto individuale, per quanto ogni operatore abbia un terminale “dedicato”, ma si consolidi piuttosto per il tramite del confronto con la costruzione di una attività più che a seguito di una disamina tecnica degli strumenti più adatti. La presenza di operatori con diversi livelli di *expertise* e, al contempo, di alcune pratiche consolidate, fanno sì che voci e corsi d’azione abbiano un diverso peso specifico che, tuttavia, non predetermina l’evolversi delle situazioni.

La fiducia (al pari delle altre dimensioni) è elemento trasversale rispetto a diverse dinamiche e interazioni; invisibile ma costitutiva dello svolgersi dell’ordine dell’interazione e della possibilità (per gli attori) di rimandare l’imprevedibilità degli eventi a schemi d’azione condivisi.



## **OPERATORE TECNICO DI CENTRALE OPERATIVA: QUALE TIPOLOGIA È NECESSARIA?**

In Italia le figure professionali deputate alla Centrale Operativa sono sempre state quelle prescritte dalla normativa. Infatti in una Centrale Operativa di Soccorso Sanitario di Emergenza Urgenza trovano posto per competenza e professionalità Infermieri e Medici; in una Centrale Operativa del Soccorso Tecnico Urgente (Vigili del Fuoco) trovano posto per competenza e professionalità Vigili del Fuoco. La stessa cosa in Centrali Operative delle Forze di Polizia. L’utente esige di interfacciarsi con professionisti competenti.

Negli ultimi anni alcune Centrali Operative del Soccorso Sanitario hanno introdotto l’operatore tecnico come primo interfaccia all’utente che ha necessità di essere soccorso.

L’operatore tecnico di Centrale Operativa non è riconosciuto dall’ordinamento come figura professionale autonoma.

Non esiste dunque un percorso formativo negli ordinamenti scolastici nazionali né la creazione di un profilo professionale. Esistono delibere regionali e/o job description.

La figura professionale necessaria (e oggi fisicamente assente in diverse realtà), all’operatività di una Centrale Operativa è il tecnico “tecnologico”, cioè un soggetto qualificato in virtù degli studi conseguiti, dell’esperienza, competenza e professionalità, che deve garantire l’efficienza delle strumentazioni all’interno della Centrale Operativa. Sarà tale figura che aumenterà la scorrevolezza del lavoro del personale Medico e Infermieristico alla postazione di lavoro della Centrale Operativa, in ogni situazione ordinaria e straordinaria.

Inserire la figura dell’operatore tecnico nelle Centrali Operative di tutti gli enti deputati al Soccorso Pubblico credo non sia oggi in Italia fattibile, nelle modalità attuate o previste. Potrà essere realizzabile se la struttura normativa e operativa Italiana dei Centri di Comando e Controllo cambierà concezione e struttura e attiverà una condivisione più ravvicinata di operatività. Allora forse vi potrebbe essere spazio per una nuova figura riconosciuta a tutti gli effetti professionali e lavorativi importando modelli extra-nazionali tal quali, senza modifiche locali creando o impiegando figure “ibride” o “ricavate”. Anche se prima di giungere a tale

soluzione, una possibilità sarebbe quella di sfruttare il patrimonio strutturale e professionale delle Centrali Operative dei vari Enti esistenti, unificandole.

Concludendo cito l'intervento di un dirigente di un Sistema di Emergenza Sanitaria che in un dibattito sulla questione, testualmente affermò: "Il lavoro professionale è altamente professionale quando manca la creazione. Il lavoro creativo è quello del dilettante e del genio. Se io dovessi farmi operare di appendicite potrei anche decidere di rivolgermi ad uno che s'inventa l'intervento in quel momento; i casi sono due: o incappo nel primo chirurgo al mondo che ha inventato l'appendicectomia ed è un genio o incappo in un imbecille e ci rimetto la pelle. Quando telefono alla centrale dei Vigili del Fuoco e dico che sono crollate 18 case, non voglio il "creativo" che mi risolve il problema, ma voglio il professionista che mi dice "Ah sì, le solite 18 case". Quel professionista cioè che applica un protocollo già testato e conosciuto da

tutti per cui mi arrivano in pochi minuti tutti gli specialisti e i mezzi che devono arrivare quando crollano 18 case il meccanismo con cui opera il "professionista" è paragonabile al lavoro di un avvocato. Quando vado da un avvocato per un problema vorrei tanto che quell'avvocato mi apostrofasse dicendomi "Lei è il millesimo caso, e non ne posso più! Da una Centrale Operativa voglio una risposta "stanca" di uno che non ce la fa più a risolvere problemi così banali come il mio in quel momento. Alla "creatività" deve essere riservato quel 5-10% dei casi che sicuramente hanno bisogno di competenze creative; però queste competenze creative, in un sistema professionale, devono tendere a ridursi al minimo. Dunque il professionista è quello che fa un lavoro monotono, anche nell'emergenza più devastante".

\* *Infermiere presso la Centrale Operativa Soccorso Sanitario 118 - Brescia*

## **FONTI BIBLIOGRAFICHE**

- Bruni A., Gherardi, S. (2007) Studiare le pratiche lavorative, Bologna, Il Mulino.
- Bruni A., Modè D. (2011) 7+2: studiare le trame del lavoro in una Centrale Operativa *Tecnoscienza Italian Journal of Science & Technology Studies* 2(2): 3-27
- Saffioti A. (2001) Chi è l'Infermiere di Centrale Operativa 118 *Notizie* n. 2: 10-15
- Società Italiana Sistema 118 (2012) *Criteri e Standard del Servizio 118 – Meeting Consensus – Roma* 3-4 luglio 2012
- Suchman, L. (1997) *Centers of Coordination. A Case and Some Themes*, in L. Resnik, C. Saljo, C. Pontecorvo, B. Burge (a cura di), *Discourse, Tool and Reasoning. Essays on Situated Cognition*, Springer, Berlin
- Torriani M. (2011) *Le Centrali Operative come le vorremmo... - N&A Mensile Italiano del Soccorso* 20 (223): pag. 14-17
- Torriani M. (2012) *Centrale Operativa 118: i flussi comunicativi - N&A Mensile Italiano del Soccorso* 21 (231): pag. 14-18.
- Nursind. *La responsabilità dell'Infermiere nell'Emergenza e Area Critica. atti convegno 2005* [www.nursindragusa.it](http://www.nursindragusa.it)

## **NORMATIVA**

DPR 27 marzo 1992 Atto di indirizzo e coordinamento alle Regioni per la determinazione dei livelli di assistenza sanitaria di emergenza pubblicato sulla G.U. n. 76 del 31/3/92 - Serie Generale

Ministero della Sanità Decreto 15 maggio 1992 Criteri e requisiti per la codificazione degli interventi di emergenza. (G.U. Serie Generale, n. 121 del 25 maggio 1992)

Conferenza Stato Regioni seduta del 22 maggio 2003 Repertorio Atti n. 1711: Linee guida su formazione, aggiornamento e addestramento permanente del personale operante nel sistema di emergenza/urgenza

## **SITOGRAFIA**

- CIMO. Documento sistema Emergenza Sanitaria Preospedaliera <http://www.cimoasmd.it/coordinamento-emergenza.aspx>
- Menghini A. *L'Infermiere nell'Emergenza Intra ed Extraospedaliera. C.O.118 Viterbo.* <http://nfs.unipv.it/nfs/minf/dispense>

# Il problema della responsabilità clinico - assistenziale in un dipartimento di salute mentale

di Stefania Bossoni\*

**Q**uesto articolo, raccoglie parte dei contributi ed esperienze relative ai piani di miglioramento qualità e sicurezza in ambito psichiatrico estratti dal cap.V del testo “Responsabilità penale degli operatori psichiatrici e i rischi di una medicina difensiva” pubblicato a giugno 2013, frutto del gruppo di lavoro al quale ho avuto l’onore di partecipare, coordinato dal Prof. Stefano Canestrari del Comitato Nazionale di Bioetica.

Sono state messe a confronto sensibilità personali e professionali differenti, a partire da un rigoroso e costante confronto con la dura concretezza dei casi giudiziari. Ad esempio la sentenza Euro Pozzi, lo psichiatra che il 14 novembre 2007 è stato condannato in via definitiva (Cassazione IV Sezione, 14/11/2007) per “omicidio colposo” per il delitto, doloso, commesso da un proprio paziente. Il risultato è un quadro critico e ampiamente informato dei rapporti tra i problemi della clinica e le soluzioni della giurisprudenza: mappatura dei contesti lavorativi più delicati, nei quali sono sorte in maniera più ricorrente questioni di responsabilità dell’operatore a causa di incidenti a danno o ad opera di pazienti; individuazione delle regole della buona pratica professionale,

la cui violazione è stata con maggior frequenza contestata agli operatori, o ne ha giustificato la condanna in sede penale.

## **Obiettivo**

L’articolo documenta la sintesi delle fasi del processo di ricerca ed elaborazione condotta per una proposta di riforma degli strumenti e metodi atti a garantire la qualità e sicurezza del paziente e degli operatori in ambito psichiatrico ed efficaci sistemi di contrasto alle cattive prassi professionali e di prevenzione degli incidenti, attraverso il miglioramento dei processi di cura e di accoglienza delle persone affette da patologie psichiatriche.

## **Metodo**

Lo studio è stato condotto attraverso i contributi dell’autrice contestuali all’esperienza professionale maturata nell’implementazione e sviluppo dei processi di miglioramento per la qualità e la sicurezza del paziente che poggia su :

1) “*Safety Walkaround*” ovvero il sistema organico di standard precedentemente raccolti nel Manuale *Joint Commission International* ed ora nel Programma regionale di miglioramento della qualità e sicurezza delle strutture accreditate ed a contratto del sistema sanitario lombardo.

2) La Check list Autovalutazione della Regione Lombardia e l'aderenza allo stato di avanzamento del Gruppo di Lavoro Piani Miglioramento Qualità /Sicurezza Regione Lombardia.

3) I rilievi effettuati in veste di osservatore per gentile concessione presso il Dipartimento di Salute Mentale di Leno-DSM (BS).

Dal confronto con il Dirigente medico psichiatra e l'équipe infermieristica del DSM è stato possibile ricostruire le caratteristiche e le reali dimensioni della complessità dei bisogni di salute del paziente psichiatrico e la corrispondente complessità delle risposte cliniche/assistenziali che può essere utile per stimare la responsabilità professionale degli operatori psichiatrici, argomento di drammatica attualità, alla luce di alcune sentenze che hanno condannato psichiatri e infermieri per il suicidio o i reati del paziente. La scienza psichiatrica, nonostante il complesso cammino percorso e culminato in Italia nel passaggio dalla psichiatria dei manicomi alla psichiatria comunitaria dei servizi territoriali attraverso la storica riforma della legge n. 180 del 1978, pare non essere riuscita ancora a risolvere il dilemma tra vocazione libertaria e custodialistica.

È nelle pieghe di questa problematica tensione che si sviluppano e prendono corpo le questioni relative alla 'posizione di garanzia' dell'operatore psichiatrico, ossia all'attribuzione di doveri di protezione e controllo in grado di fondare un'eventuale responsabilità sul piano giuridico per il suicidio o i delitti perpetrati dal paziente.

### **La Riforma dell'assistenza psichiatrica: coordinamento di intervento giuridico e clinico/assistenziale**

La riforma della assistenza psichiatrica attribuita a Franco Basaglia si identifica con la legge 13 maggio 1978, n. 180, i cui contenuti innovativi non possono essere posti in discussione dalla difficoltà attuativa della normativa stessa; nonostante ciò si deve rilevare comunque l'esiguità di norme in campo penale che costituiscono un punto di contatto con il modello culturale sotteso alla legge n. 180 del 1978. In particolare,

la legge di riforma psichiatrica, recepita dalla legge 23 dicembre 1978, n. 833, istitutiva del Servizio sanitario nazionale, aveva introdotto modifiche rilevanti nel settore dell'assistenza psichiatrica, a favore delle principali esigenze di prevenzione, cura e riabilitazione del malato mentale.

La legge 180 però non aveva affrontato la problematica dei manicomi giudiziari che la legge sull'Ordinamento Penitenziario del 1975 (n. 354) aveva ribattezzato in Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG).

Questo per dire che il punto di debolezza della psichiatria non era stato completamente risolto con la chiusura dei manicomi civili, un elemento non trascurabile perchè coinvolgeva fondamentali questioni di principio.

La tutela dei diritti del malato mentale che commette un reato mette in evidenza la complessità, le contraddizioni e le difficoltà derivanti dall'esigenza di risolvere il problema dell'infermità mentale in chiave interdisciplinare.

La proposta di miglioramento è sicuramente legata alla necessità di un coordinamento autentico tra il momento di intervento giuridico<sup>1</sup> e quello clinico/assistenziale in ambito psichiatrico.

Oltre ad evidenziare la necessità di una riforma legislativa specifica per i pazienti psichiatrici autori di reati, si rende necessario che la sua revisione segua l'evoluzione sia della medicina e dell'assistenza psichiatrica sia del diritto penale.

### **La promozione della salute mentale**

La carta di Ottawa (OMS, 1986)<sup>2</sup> ha determinato una svolta globale nelle politiche per la salute, siamo gradualmente passati da una gestione della sanità prevalentemente orientata alla cura delle malattie, ad una gestione 'intersectoriale' della salute, attenta alle condizioni di benessere psichico, fisico e sociale del cittadino.

In Lombardia, il concetto di promozione della salute è stato introdotto nella cultura degli ospedali dal 1998, anche in seguito all'adesione alla Rete Internazionale degli 'Health Promoting Hospitals' (Rete HPH). Nel 2008, la rete lombarda HPH ha rinnovato l'Accordo con l'Inter-

1 La posizione di garanzia degli operatori psichiatrici. Giurisprudenza e clinica a confronto  
Autori e curatori Giandomenico Dodaro - Dati pp. 208, 1a edizione 2011 - Contributi di: G. Agnetti, A. Amatulli, A. Barbato, S. Borghetti, M. Clerici, A. Erlicher, L. Ferrannini, T. Maranesi, G. Pittini, D. Pulitanò, A. Righi, E. Varrani, G. Dodaro.

2 La Carta di Ottawa per la promozione della salute - The Ottawa Charter for Health Promotion  
Dalla 1° Conferenza Internazionale sulla promozione della salute 17-21 novembre 1986 Ottawa, Ontario, Canada

national Network of Health Promoting Hospitals & Health Services per un altro quadriennio (2009-2013), coinvolgendo nelle attività di promozione della salute anche altre strutture sanitarie a fianco di quelle ospedaliere e sociosanitarie del terzo settore. In questo contesto, la rete lombarda ha individuato la promozione della salute mentale tra le aree prioritarie di interesse regionale con l'obiettivo di creare una rete tra gli operatori dei servizi di prevenzione, di salute mentale, di neuropsichiatria infantile e per le tossicodipendenze partendo dalla comunicazione istituzionale, elemento con cui si è realizzato il rapporto sociale con il cittadino.

Un linguaggio comune costituito da un glossario<sup>3</sup> per la promozione della salute mentale in Lombardia, rappresenta un iniziale, ma significativo, punto di riferimento per professionisti, amministratori, funzionari e volontari che operano per migliorare la salute mentale ed il benessere degli utenti e della comunità e favorire la diffusione di una cultura della 'salute mentale positiva' atta a superare il pregiudizio esistente nei confronti delle persone che soffrono di disturbi mentali.

La letteratura riguardante la promozione della salute mentale proviene prevalentemente da due filoni di ricerca, il primo è rappresentato dalla ricerca che si è sviluppata negli ambienti di trattamento dei disturbi mentali. Ne scaturisce una contiguità con i territori della sofferenza. Per questo, *"è esperienza comune, ancora oggi, specie in ambito istituzionale, intendere 'salute mentale' come un eufemismo che, di fatto, fa riferimento alla 'malattia mentale'... Questa realtà rende difficile pensare alla salute mentale in modo indipendente dai valori, dai miti e dalle paure che in genere circondano la nozione di malattia mentale"* (MacDonald G., 2006).

Non parliamo qui di una dimensione puramente concettuale, ma pensiamo al mondo dei professionisti dell'assistenza psichiatrica e ad un gran numero di pazienti e di cittadini portati a ritenere che la salute mentale altro non sia che l'assenza di disturbi mentali.

Il secondo filone di ricerca è rappresentato

dall'attività di quanti – in campo psicologico – hanno elaborato la nozione di benessere come condizione che coinvolge aspetti diversi dell'essere umano. A titolo di esempio, citiamo la nozione di benessere psicologico elaborata da Carol Ryff (Ryff C.D. et al. 1999) che identifica sei dimensioni fondamentali:

- 1) avere uno scopo nella vita,
- 2) puntare alla crescita e alla maturazione personale,
- 3) sviluppare relazioni positive con la gente,
- 4) diventare esperto nel controllare l'ambiente di vita,
- 5) accettarsi nonostante i propri limiti e le proprie debolezze,
- 6) sviluppare l'autonomia personale.

I due filoni di ricerca sono oggi confluiti, mentre un tempo le pratiche del benessere erano riservate esclusivamente ai cittadini sani, oggi l'interesse per la promozione di "sani stili di vita" (es. abolizione del consumo ed abuso di alcoolici, fumo e droghe<sup>4</sup>) è stato esteso anche al trattamento delle malattie mentali<sup>5</sup>. I servizi di salute mentale, ad esempio, nel piano di riabilitazione e di risocializzazione inseriscono le attività sportive quali il nuoto e l'equitazione.

Nel piano di cura può essere efficacemente inserita anche la musicoterapia recettiva analitica. È una tecnica analogica, individuale o grupale che, attraverso l'ascolto di brani musicali e la successiva verbalizzazione dei vissuti, delle emozioni e delle immagini suscitate dalla musica, permette l'esplorazione dei parametri sonoro-musicali e delle loro connessioni con i vissuti emotivi, consapevoli ed inconsapevoli del paziente con disturbi mentali. Mentre l'arteterapia come linguaggio privilegiato di accesso alla dimensione simbolica dell'esperienza soggettiva del paziente psichiatrico viene impiegata come strumento di conoscenza di sé e delle relazioni nel lavoro in gruppo e di gruppo, assieme all'approfondimento delle sue dinamiche relazionali.

3 Glossario sulla promozione della salute mentale Bollettino Ufficiale - Regione Lombardia n. 39 - Edizione Speciale del settembre 2010 - Milano, settembre 2010 - Approvato con Decreto D.G. Sanità n°.7873 del 5 agosto 2010

4 Istituto Superiore di Sanità (2008) La promozione della salute nelle scuole. Attività pratiche su: salute mentale, life skills, educazione ai media, bullismo e sessualità a cura di De Santi A., Fabio V., Filippini F., Minutillo A., Guerra R. Rapporti - ISTISAN 08/21.

5 J Psychiatr Ment Health Nurs. 2006 Aug;13(4):447-52. J Psichiatrica Ment Nurs Salute. Aug 2006, 13 (4) :447-52. Medical comorbidity risk factors and barriers to care for people with schizophrenia. Patologie concomitanti fattori di rischio e le barriere di prendersi cura di persone affette da schizofrenia.

## Riflessioni

È un azzardo pensare che oltre al trattamento farmacologico mirato al controllo dei sintomi specifici, o dell'applicazione di tecniche psicoterapiche altrettanto finalizzate, il trattamento delle persone con disturbi mentali tende a coincidere con gli strumenti e metodi propri della promozione<sup>6</sup> della salute in quanto “processo teso a rendere le persone sempre più in grado di controllare e migliorare le proprie condizioni di salute” (Carta di Ottawa)?

In senso estensivo possiamo capire l'intento dello slogan dell'Organizzazione Mondiale della Sanità la salute mentale è interesse di tutti: *'Mental Health is everybody's business'* (WHO, 2004)

Legge n. 9 del 17 febbraio 2012 e “superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari”: tutto cambia perché tutto (o quasi) resti uguale?

Ragionando su malattia mentale e diritto, ci si rende rapidamente conto di essere in presenza di due diverse e spesso contrapposte esigenze di tutela: da una parte vi è l'interesse della collettività a essere messa al riparo da comportamenti pericolosi, dall'altra vi è l'interesse individuale dei malati ad essere curati, a ricevere trattamenti non discriminatori, al riconoscimento e al rispetto dei propri diritti costituzionali in generale, non ultimo quello alla libertà.

Il 25 gennaio 2012 è stato approvato dal Senato della Repubblica italiana un emendamento al c.d. decreto svuota-carceri (poi convertito in legge il 17 febbraio 2012, L. n. 9/2012) che dispone il “superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari”. Nell'affermare che, in virtù di tale decreto, gli Opg verranno chiusi, occorre evitare di incappare in equivoci terminologici: possiamo utilizzare la dicitura Opg sia per riferirci alla struttura ospedaliera, sia per indicare l'istituto regolato dall'art. 222 c.p.

Ebbene, il decreto varato disponeva la chiusura, entro il mese di marzo dell'anno successivo, dei sei ospedali psichiatrici giudiziari attualmente in funzione, ma non ha abrogato né modificato la misura di sicurezza dell'internamento in Opg. Le innovazioni positive in cui si può ragionevolmente sperare sono l'abbandono delle sei grandi strutture esistenti, lontane dai luoghi d'origine degli “internati”, in favore di un mag-

gior numero di piccole strutture distribuite sul territorio, auspicabilmente in condizioni di minore degrado, dipendenti dal Servizio Sanitario Nazionale anziché dal sistema penitenziario e con personale prevalentemente sanitario anziché di custodia (è previsto un servizio di vigilanza perimetrale, solo all'esterno degli istituti). Le nuove strutture, tuttavia, avranno la medesima funzione delle vecchie: l'esecuzione di una misura di sicurezza la cui impalcatura normativa contenuta nel codice penale rimane inalterata, ivi compresi gli aspetti maggiormente controversi, come l'indeterminatezza della durata degli internamenti e la loro prorogabilità. Né si prevedono misure per dare maggior spazio alla libera adesione dei pazienti ai percorsi terapeutici, che rimangono di carattere coercitivo, innovazione pur fortemente auspicabile in un ambito, quello psichiatrico, in cui la convinta partecipazione del malato al progetto di cura è di importanza fondamentale per la riuscita dello stesso. Maria Grazia Giannichedda, collaboratrice dell'Organizzazione Mondiale della Sanità in materia di malattia mentale e diritti umani, aveva così commentato la legge varata: «Nessuna vicinanza dunque tra questo provvedimento che chiude i sei Opg e la Legge 180 che chiuse nel 1978 gli ospedali psichiatrici civili: quella riforma non si limitava alla chiusura degli ospedali ma ridefiniva lo statuto del malato di mente e i limiti del trattamento psichiatrico. La riforma dei codici penale e di procedura penale, che sola potrebbe davvero superare l'Opg, bisognerà invece aspettarla ancora, sperando che il nuovo provvedimento non offra l'ennesima scusa per rinviarla. Un'ultima questione: l'emendamento riconsegna ai medici psichiatri la responsabilità, anche legale, della custodia degli “internati”, ricostruendo in concreto il nesso cura-custodia che connotava la clinica psichiatrica antecedente alla riforma del '78. Vi è da chiedersi – ed è ciò che fanno emeriti psichiatri come Franco Rotelli – come ciò verrà accolto dagli psichiatri stessi, alla cui figura si restituiscono quei connotati che la legge 180 aveva faticosamente demolito, sull'idea che compito del medico fosse quello di curare, non di sorvegliare.

\* *Infermiera. Responsabile del Servizio Qualità presso “Istituto Clinico Città di Brescia” - BS*

6 Int J Nurs Stud. 2007 Mar;44(3):457-66. Int J Nurs Stud. mar 2007, 44 (3) :457-66. Epub 2006 Sep 27. Epub set 2006 Serious mental illness and physical health problems: a discussion paper. Gravi malattie mentali e problemi di salute fisica: un documento di discussione. Robson D, Gray R. Robson D, R Grigio.

## BIBLIOGRAFIA

Manuale-Concetto di attuazione Psichiatria

*Misure nazionali nella psichiatria ospedaliera. Indicatori "Peso dei sintomi" e "Misure restrittive della libertà".* Versione 21 Berna, 11 giugno 2012

La posizione di garanzia degli operatori psichiatrici. Giurisprudenza e clinica a confronto

Autori e curatori Giandomenico Dodaro. *Dati pp.* 208, 1ª edizione 2011

"Il carcere manicomio", libro scritto da Salvatore Verde, edizioni *Sensibili alle foglie* (2011)

*Standards Joint Commission International Ed.4 2011 Progetto per il servizio triennale di valutazione delle aziende sanitarie accreditate e di trasferimento del know-how alle Aziende Sanitarie Locali e Regione*

Glossario sulla promozione della salute mentale

*Bollettino Ufficiale - Regione Lombardia n. 39. Edizione Speciale del settembre 2010 - Milano, settembre 2010. Approvato con Decreto D.G. Sanità n°.7873 del 5 agosto 2010*

Codice Deontologico dell'Infermiere

Federazione IPASVI, 2009

Istituto Superiore di Sanità (2008)

*La promozione della salute nelle scuole. A cura di De Santi A., Fabio V., Filipponi F., Minutillo A., Guerra R. Rapporti ISTISAN 08/21.*

Regione Lombardia (2007)

*Prevenzione delle diverse forme di dipendenza nella popolazione preadolescenziale*

*e adolescenziale - Linee guida regionali*

Codice di Deontologia Medica 2006

Ministero della Salute (2005)

*La riunione dei ministri della sanità: Salute Mentale in Europa* Helsinki, 2005

[http://www.ministerosalute.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_561\\_allegato.pdf](http://www.ministerosalute.it/imgs/C_17_pubblicazioni_561_allegato.pdf)

La Carta di Ottawa per la promozione della salute

*The Ottawa Charter for Health Promotion*

Dalla 1° Conferenza Internazionale sulla promozione della salute 17-21 novembre

1986 Ottawa, Ontario, Canada

<http://www.retephitalia.it/allegati/Ottawa%20carta.htm>

La riunione di Helsinki dei ministri della sanità (2005)

Organizzazione Mondiale della Sanità Conferenza Ministeriale europea sulla Salute

mentale Helsinki, Finlandia, 12-15 gennaio 2005 Dichiarazione sulla Salute mentale

per l'Europa Affrontare le sfide, creare le soluzioni.

*Nitkin DI, Gastaldo D. Lawrence S. Bloomberg Faculty of Nursing, University of Toronto, Ontario, Canada. Addressing physical health problems ex-*

*perienced by people with schizophrenia in Canada: a critical literature review. Can J Nurs Res. 2010 Sep;42(3):124-40.*

La gestione infermieristica della comorbidità e delle malattie psichiatriche

illness and physical health problems: a discussion paper. Gravi malattie mentali e problemi di salute fisica: un documento di discussione.

Robson D, Gray R. Robson D, R Grigio.

Source Health Services Research Department, King's College London, Section of Psychiatric Nursing, Institute of Psychiatry, De Crespigny Park, London, UK. Dipartimento di Ricerca sui Servizi Sanitari, King College di Londra, Sezione di Nursing Psichiatrico, Istituto di Psichiatria, De Crespigny Park, Londra, Regno Unito. [r.gray@iop.kcl.ac.uk](mailto:r.gray@iop.kcl.ac.uk) [r.gray@iop.kcl.ac.uk](mailto:r.gray@iop.kcl.ac.uk) PMID: PMID:17007859 17007859 PubMed - indexed for MEDLINE] [PubMed - indexed for MEDLINE] Can J Nurs Res. 2010 Sep;42(3):124-40. Can J Res Nurs. set 2010, 42 (3) :124-40.

J Psychiatr Ment Health Nurs. 2006 Aug;13(4):447-52. J Psichiatrica Ment Nurs Salute. Aug 2006, 13 (4) :447-52. Medical co-morbidity risk factors and barriers to care for people with schizophrenia. Patologie concomitanti fattori di rischio e le barriere di prendersi cura di persone affette da schizofrenia.

Muir-Cochrane E. Muir Cochrane-E.

Source School of Nursing and Midwifery, Division of Health Sciences, University of South Australia, City East Campus, Adelaide, Australia. Scuola di Scienze infermieristiche e ostetriche, Divisione di Scienze della Salute, University of South Australia, City East Campus, Adelaide, Australia. [eimear.muir-cochrane@unisa.edu.au](mailto:eimear.muir-cochrane@unisa.edu.au) [eimear.muir-cochrane@unisa.edu.au](mailto:eimear.muir-cochrane@unisa.edu.au)

Int J Nurs Stud. 2007 Mar;44(3):457-66. Int J Nurs Stud. mar 2007, 44 (3) :457-66. Epub 2006 Sep 27. Epub set 2006 27

# La percezione della responsabilità professionale

## Un'indagine tra gli infermieri dell'ASL Vallecamonica - Sebino

di Marco Romele\*

**Q**uesto articolo sintetizza il lavoro di una tesi di laurea, che si proponeva di analizzare i rapporti tra due dimensioni dell'agire infermieristico: quella prettamente tecnica, da una parte, e quella giuridica, dall'altra, quest'ultima spesso poco percepita e considerata dagli infermieri.

Negli ultimi anni il ruolo degli infermieri è notevolmente cambiato, sia per l'influenza di fattori esterni, come la sempre maggiore richiesta di prestazioni sanitarie da parte della società, sia per effetto di spinte interne al gruppo professionale volte a sviluppare le competenze e le capacità dei propri membri.

L'attività assistenziale derivante dal processo di professionalizzazione si contraddistingue per i contenuti di specificità ed autonomia, ma anche per la natura tecnico-scientifica, gestionale, relazionale ed educativa, che conferiscono all'infermiere un ruolo di alta responsabilità nei confronti dei pazienti. La maggior autonomia che gli infermieri hanno chiesto ed ottenuto ha quindi comportato un'inevitabile e parallelo aumento della responsabilità ad essa connessa.

La dottrina giuridica più recente ha modificato l'impostazione classica che suddivideva la responsabilità professionale in tre grandi branche – civile, penale e disciplinare – e ritiene che il dipendente pubblico, durante lo svolgimento

delle proprie funzioni, possa incorrere in cinque forme di responsabilità: penale, civile, disciplinare, amministrativo-contabile e dirigenziale (nel caso che si ricopra tale qualifica).

### **MATERIALI E METODI**

Per indagare il livello di percezione dei temi legati alla responsabilità professionale infermieristica è stata seguita una strategia di ricerca basata sulla revisione della giurisprudenza di merito prodotta negli ultimi anni e sulla somministrazione di un apposito questionario agli infermieri dell'ASL di Vallecamonica-Sebino.

### **Revisione della giurisprudenza**

La revisione della giurisprudenza è stata eseguita utilizzando il repertorio di sentenze contenuto nella banca dati elettronica *DeJure*, messa a disposizione da Giuffrè Editore – casa editrice specializzata in Diritto – sul proprio sito internet.

Sono state individuate in totale 43 sentenze di varia giurisprudenza (di Merito, di Cassazione civile e penale) emesse nel periodo di tempo compreso tra il primo gennaio 2008 ed il 30 settembre 2012. Gli argomenti considerati sono stati: le cadute, gli errori in terapia, le lesioni da decubito, la sala operatoria, il Pronto soccorso e l'esercizio abusivo di professione.

I risultati della ricerca e della successiva selezione sono riassunti nella tabella seguente:

**Tabella I: Risultato della selezione**

	TOT.	CASS. CIV.	CASS. PEN.	MERITO	DIR. AMM.VO	1^ SELEZIONE	SEL. FINALE
<b>CADUTE</b>	77	6	34	28	9	68	<b>8</b>
<b>ERRORE TERAPIA</b>	60	5	23	17	15	45	<b>3</b>
<b>LESIONI DECUBITO</b>	8	0	6	0	2	6	<b>3</b>
<b>SALA OPERATORIA</b>	83	8	27	30	15	68	<b>8</b>
<b>PRONTO SOCCORSO TRIAGE</b>	52	1	22	13	16	36	<b>1</b>
<b>ABUSO ESERCIZIO ABUSIVO PROFESSIONE</b>	37	9	15	4	4	31	<b>20</b>

**Legenda:** Cass. Civ.: Cassazione civile; Cass. Pen.: Cassazione penale; Dir. amm.vo: Diritto amministrativo. Per comodità di consultazione, di seguito si riporta la Tabella II, in cui sono riassunti i risultati della valutazione delle sentenze comprese nella revisione della giurisprudenza.

**Tabella II: Sentenze suddivise per argomento**

	SELEZIONE FINALE	DIRITTO CIVILE	DIRITTO PENALE	CONDANNE CONFERMA DI CONDANNE	ASSOLUZIONI PRESCRIZIONI
<b>CADUTE</b>	<b>8</b>	4	4	7	1
<b>ERRORE TERAPIA</b>	<b>3</b>	1	2	2	1
<b>LESIONI DECUBITO</b>	<b>3</b>	0	3	2	1
<b>SALA OPERATORIA</b>	<b>8</b>	3	5	6	2
<b>PRONTO SOCCORSO/ TRIAGE</b>	<b>1</b>	0	1	1*	0
<b>ABUSO/ ESERCIZIO ABUSIVO PROFESSIONE</b>	<b>20</b>	4	16	6	14**

\* La sentenza indicata non contempla una vera condanna, ma rinvia il caso al giudice di primo grado affinché giudichi ex novo.

\*\* Tra le quattordici sentenze riportate, otto hanno accolto il motivo di gravame principale, e quindi compaiono in questa colonna, ma hanno anche rilevato la sussistenza di elementi sufficienti per un eventuale imputazione ex art. 348 c.p.

Scorrendo la Tabella II, il dato immediatamente evidente è l'alto numero di condanne rispetto a quello delle assoluzioni.

Dalle sentenze è emersa una correlazione tra alcune attività tecnico-assistenziali svolte dagli infermieri quali espressione del loro specifico professionale e la chiamata a dover rispondere di fronte all'autorità giudiziaria della condotta tenuta in tali occasioni. Da queste considerazioni si è preso spunto per elaborare un questionario tramite cui realizzare l'indagine conoscitiva che potesse fornire una prima indicazione sulle conoscenze e sulla percezione della responsabilità professionale tra gli infermieri dell'ASL di Vallecamonica-Sebino.

### **Stesura e risultati del questionario**

Per valutare la percezione che gli infermieri dipendenti dell'ASL di Vallecamonica-Sebino hanno della responsabilità professionale di cui sono investiti, si è elaborato un questionario strutturato, incentrato sui vari aspetti del tema in esame, composto da dodici domande inerenti il tema della ricerca e tre a carattere statistico (il sesso dei rispondenti, il titolo di studio ed l'anzianità lavorativa).

Nella ricerca è stata inclusa tutta la popolazione interessata dallo studio: il questionario è stato perciò somministrato a tutti gli infermieri in servizio presso l'ASL di Vallecamonica-Sebino. In totale sono stati distribuiti 470 questionari, di cui 307 riconsegnati.

È stato riscontrato un ottimo livello di partecipazione da parte degli infermieri interpellati: i questionari compilati sono stati pari al 65%, mentre quelli non compilati pari al 35%.

### **CONCLUSIONI**

Dall'analisi dei risultati del questionario sono emersi alcuni aspetti meritevoli di particolare attenzione. Innanzi tutto è da considerare positivamente l'alto grado di partecipazione degli infermieri, che hanno accettato di confrontarsi con un argomento che, comprensibilmente, può non costituire il contenuto principale di un'attività assistenziale a forte connotazione pratica. La seconda osservazione riguarda il titolo abilitante posseduto: poiché si tratta prevalentemente del diploma di infermiere regionale è comprensibile una minore familiarità con argomenti che hanno invece un peso maggiore negli attuali ordinamenti didattici. Va segnalato che la grande maggioranza degli intervistati (il 95%) ha

ben presente che la conquista di una maggiore autonomia professionale si accompagna al proporzionale incremento della responsabilità ad essa connessa. Le criticità emergono quando le domande si orientano sui tipi di responsabilità e sulle loro implicazioni. Infatti, dai dati raccolti si desume che la gran parte degli infermieri (il 94%) è consapevole di essere sottoposta alla responsabilità civile, penale e disciplinare nell'esercizio della propria professione, ma non altrettanto netti sono i significati che tali categorie assumono quando vengono considerate singolarmente. Il 9% degli intervistati non ha infatti ben presenti i contenuti della responsabilità disciplinare, credendoli definiti dalle sole regole di deontologia e limitati ai soli dipendenti pubblici. Le percentuali di errore crescono ulteriormente se si prende in considerazione la conoscenza della responsabilità penale, che nel 17% dei casi non è stata individuata nei suoi caratteri costituenti. Tenuto conto che l'analisi della giurisprudenza ha in gran parte riguardato l'ambito penale, il dato potrebbe essere considerato la spia di una possibile falla nella formazione del personale, con il rischio di fraintendimento della propria posizione in caso di citazione in giudizio.

Lo stesso si può affermare per la responsabilità civile: il 23% dei rispondenti la collega al verificarsi di soli danni economici o alla violazione delle regole di convivenza, lasciando supporre una mancanza di consapevolezza sulla varietà di danni suscettibili di indennizzo individuati dal diritto, che gli operatori o gli enti di appartenenza potrebbero trovarsi a dover risarcire. Ulteriore motivo di riflessione è fornito dal 19% di rispondenti che subordina la responsabilità civile all'esistenza di contratti stipulati tra le parti o di polizze assicurative a tutela di chi provoca il danno. Al contrario, dalle sentenze citate è chiaro che gli enti sanitari ed i loro dipendenti sono nella posizione di dover dimostrare l'appropriatezza della propria condotta, quando il paziente lamenti di aver subito un danno ingiusto conseguente ad atteggiamenti colposi degli operatori, indipendentemente dal fatto di possedere un'assicurazione contro tale eventualità.

Alle considerazioni sulla conoscenza della responsabilità civile vanno aggiunte quelle relative alla sua funzione ed a quella delle assicurazioni aziendali: sebbene la maggioranza degli infermieri abbia individuato le risposte corrette, non si può ignorare il fatto che la percentuale è in entrambi i casi in diminuzione (86% nel primo

caso e 69% nel secondo), con un preoccupante 31% totale secondo cui l'onere economico del risarcimento peserebbe direttamente su medici ed infermieri in servizio, oppure sul Direttore generale e sul Dirigente medico, a dimostrazione che sussiste una notevole confusione sull'utilità delle coperture assicurative che i professionisti possono sottoscrivere. A conferma del fatto che la responsabilità civile ed i modi di tutelarsi da essa costituiscono il punto critico emergente dall'indagine, si consideri che la metà degli infermieri dichiara di non aver mai partecipato a corsi di formazione sul tema – denunciando così una carenza di base nelle proprie conoscenze – che risulta invece di notevole importanza nell'esercizio di una professione sempre più esposta al sindacato dei pazienti e degli organi giurisdizionali. È una situazione confermata simmetricamente dalle risposte successive, da cui risulta che la metà degli infermieri ha provveduto a tutelarsi oltre le possibilità offerte dall'azienda, stipulando assicurazioni private contro i rischi da responsabilità civile; un preoccupante 32% dichiara invece di non averlo mai fatto, ma non si inserisce nemmeno tra chi usufruisce dell'assicurazione aziendale, rendendo legittimo il sospetto che non sia a conoscenza di essere tutelato. Infine, è rinfacciabile rilevare che la grande maggioranza degli infermieri che hanno compilato il questionario (il 96%) attribuisce la giusta importanza alla conoscenza dei temi della responsabilità professionale come parte del

proprio bagaglio culturale e formativo, anche se non sono mancate le voci discordanti che la considerano un aspetto secondario di un'attività prevalentemente tecnica e manuale. Riassumendo, si può affermare che l'indagine svolta nell'ASL di Vallecarnonica-Sebino evidenzia che il personale interpellato è cosciente di essere sottoposto ad un grado di responsabilità sensibilmente più ampio rispetto al passato, ma denuncia anche una conoscenza non del tutto completa degli elementi specifici che la caratterizzano, giustificata in parte dalla natura strettamente giuridica di essi ed in parte dalla mancanza di una adeguata formazione ed informazione sull'argomento.

A tal proposito va rimarcato che, alla luce dei dati emersi dall'indagine, l'ASL di Vallecarnonica-Sebino ha previsto un percorso informativo/formativo rivolto al personale dipendente, da implementarsi nel 2014.

In conclusione, vorrei precisare che l'intento di questo studio non è certo stato quello di svelare eventuali aspetti negativi nella preparazione degli infermieri interpellati, bensì quello di fornire, senza alcuna pretesa di completezza, una prima fotografia della loro percezione di una questione forse abitualmente poco considerata, ma che sta assumendo un peso sempre più grande nella vita professionale della categoria tutta.

\* Infermiere presso Azienda Ospedaliera  
"Spedali Civili" - Brescia



## BIBLIOGRAFIA / MONOGRAFIE

- Annese P., Di Santo V., Oddi F., Calducci M. (2003), *Nozioni di diritto e di medicina legale ad uso degli esercenti le professioni sanitarie*, Firenze: CE.DI.S Editore
- Antolisei F. (1997), *Manuale di diritto penale – parte generale*, Milano: Giuffrè
- Antolisei F. (1997), *Manuale di diritto penale – parte speciale. Reati contro l'individuo. Reati contro la Pubblica Amministrazione*. Milano: Giuffrè
- Barbieri G., Pennini A. (2008), *Le responsabilità dell'infermiere: dalla normativa alla pratica*, Roma: Carocci Faber
- Bassetti O. (1995), *I confini dell'autonomia e della responsabilità infermieristica*, Firenze: Rosini Editrice S.r.l.
- Benci L. (2008), *Aspetti giuridici della professione infermieristica : elementi di legislazione sanitaria*, Milano: McGraw Hill
- Benci L. (2009), *Elementi di legislazione sanitaria e di bio-diritto*, Milano: McGraw Hill
- Brescia U. (1991), *Le obbligazioni*, Milano: Giuffrè
- Cazzaniga A., Cattabeni C. M., Luvoni R. (1999), *Compendio di medicina legale e delle assicurazioni*, Torino: UTET
- Cilione G. (2003), *Diritto sanitario*, Rimini: Maggioli
- Cozzi D., Nigris D. (1996), *Gesti di cura: elementi di*

*metodologia della ricerca etnografica e di analisi socioantropologica per il nursing*, Paderno Dugnano: Colibrì

Devoto G. e Oli G., a cura di, (1992), *Nuovo vocabolario illustrato della lingua italiana*, Vol. II, Firenze: Le Monnier

Donahue M. P. (1991), *Nursing: storia illustrata della assistenza infermieristica*, Roma: Antonio Delfino Editore

Fain J. A. (2004), *La ricerca infermieristica: leggerla, comprenderla e applicarla*, edizione italiana a cura di Ercole Vellone; presentazione di Luisa Saiani, Milano: McGraw-Hill

Fallani M. (1988), *Medicina legale e delle assicurazioni*, Bologna: Esculapio

Finocchiaro G., a cura di (2002), *Codice di procedura civile e leggi complementari – giurisprudenza, schemi, tabelle*, I codici di Guida al diritto, Milano: il Sole 24 Ore S.p.A.

Fucci S. (1998), *La responsabilità nella professione infermieristica. Questioni e problemi giuridici*, Milano: Masson

Gamberoni L., et. al. (1992), *Management infermieristico: l'infermiere dirigente di unità operativa*, Torino: UTET

Greco M., Rocco G. (2003), *La competenza e la responsabilità professionale*, in: *Guida all'esercizio della professione di infermiere*, Torino: C. G. Edizioni Medico Scientifico S.r.l.

Izzo F., a cura di (2003), *Codice civile e leggi complementari*, Napoli: Edizioni Giuridiche Simone

Liberati A. (2004), *La liquidazione del danno esistenziale*, Padova: Cedam

Mantovani F. (1988), *Diritto penale – parte generale*, Padova: Cedam

Mantovani F. (1995), *Diritto penale – parte speciale. Delitti contro la persona*, Padova: Cedam

Martines T. (1992), *Diritto costituzionale*, Milano:

Giuffrè Editore

Martini M. (1992), *Aspetti medico-legali nelle scienze infermieristiche*, Torino: UTET

Melli R. (1993), *Legislazione sanitaria e sociale: (manuale per operatori sanitari non medici) aggiornato al marzo 1993: principi di legislazione sanitaria, aspetti giuridici della professione, legislazione sociale, organizzazione professionale: 1.-2.-3. anno di corso: esposizione sistematica in conformità ai programmi vigenti nelle Scuole infermieri professionali*, Verona: Nettuno

Motta C. P. (2006), *Introduzione alle scienze infermieristiche*, Roma: Carocci Faber

Pagliaro A. (1994), *Principi di diritto penale - parte speciale. Delitti dei pubblici ufficiali contro la pubblica amministrazione*, Milano: Giuffrè

Rodriguez D., Aprile A. (2005), *Medicina Legale per Infermieri*, Roma: Carocci Faber

Silvestro A., a cura di, con il contributo di Barbieri G. et al. (2009), *Commentario al codice deontologico dell'infermiere 2009*, Federazione nazionale Collegi IPASVI, Milano: McGraw-Hill

Tenore V., Palamara L. e Marzocchi Buratti B. (2009), *Le cinque responsabilità del pubblico dipendente*, Collana Pubblica amministrazione, Milano: Giuffrè

Terzuolo G. (1992), *La responsabilità giuridica e professionale dell'infermiere*, Milano: Sorbona

Volterra E. (1993), *Istituzioni di diritto privato romano*, Roma: La Sapienza editrice

ARTICOLI

Fanelli V. (2008), "Pubblico Impiego: la responsabilità dirigenziale", rivista telematica *Lavoro e Post Mercato*, 33, 2008

Iadecola G. (2003), "La responsabilità medica nei più recenti orientamenti della Corte di Cassazione", *Rivista di diritto delle professioni sanitarie*, 3, 2003, p. 152

## SITOGRAFIA

<http://dejure.giuffre.it/psixsite/paginepubbliche/default.aspx>

[http://www.aslvallecamicasebino.it/index.php?option=com\\_content&view=article&id=95&Itemid=101](http://www.aslvallecamicasebino.it/index.php?option=com_content&view=article&id=95&Itemid=101)

[http://www.corteconti.it/comunicazione/corte\\_in\\_sintesi/amministrativa\\_contabile/](http://www.corteconti.it/comunicazione/corte_in_sintesi/amministrativa_contabile/)

<http://www.cortecostituzionale.it/actionMassima.do>

<http://www.cortecostituzionale.it/actionPronuncia.do>

<http://www.cortedicassazione.it/Cassazione/Cassazione.asp>

<http://www.iss.it/bibl/cata/cont.php?id=7&lang=1&tipo=7>

<http://www.lavoropostmercato.org/rivista.php?arg=4&art=306>

<http://www.parlamento.it/parlam/leggi/966391.htm>

<http://www.salute.gov.it/ministero/sezMinistero.jsp?label=principi>

<http://www.salute.gov.it/ministero/sezMinistero.jsp?label=ssn>

[http://www.sanita.regione.lombardia.it/cs/Satellite?c=Page&childpagename=DG\\_Sanita%2FDGLayout&cid=1213277441704&p=1213277441704&pagename=DG\\_SANWrapper](http://www.sanita.regione.lombardia.it/cs/Satellite?c=Page&childpagename=DG_Sanita%2FDGLayout&cid=1213277441704&p=1213277441704&pagename=DG_SANWrapper)

# Evoluzione professionale o professionisti evoluti? Il salto di qualità

di Fabio Stanga\*

“L’infermiere è il professionista sanitario responsabile dell’assistenza infermieristica”

**I**l nostro Codice Deontologico, già all’articolo 1 sgombera il campo da qualunque fraintendimento in merito all’autonomia professionale e intellettuale dell’infermiere e al suo ambito di responsabilità.

Vien da chiedersi allora il perché di tanto fermento intorno a dei principi ormai, parrebbe, consolidati. Come se, dopo aver vista riconosciuta la tanto agognata autonomia professionale, gli infermieri oggi dovessero convincersi di essere veramente professionisti autonomi e responsabili.

Già, perché sarebbe interessante capire in quale delle due dimensioni espresse dal titolo ciascuno di noi ritiene di trovarsi: la nostra professione si è evoluta, questo è un fatto. L’impalcatura formativa, normativa e deontologica che ne delinea le peculiarità è estremamente articolata e poco equivoca. Si tratta di capire se nell’ultimo ventennio, mentre cambiavano le regole del gioco (in meglio, diciamo noi), contestualmente cambiava anche l’approccio dei giocatori. In altri termini vale la pena chiedersi se insieme all’evoluzione della professione si sia assistito anche all’evoluzione dei professionisti che la rappresentano nella quotidianità.

L’impressione è che, se da un lato l’infermiere ha sempre dimostrato, nei fatti, il suo ruolo de-

terminante nel sistema sanitario, la sua capacità di portare un servizio qualitativo all’utente, dall’altro non sia ancora del tutto pronto a dichiarare e, se serve, difendere, lo status professionale raggiunto. Essere consapevoli di chi siamo veramente nel panorama sanitario, significa prendere coscienza della centralità di due concetti chiave della nostra professione: Autonomia e Responsabilità. Su questo punto assistiamo ad una battuta di arresto.

Quanti di noi, quotidianamente, si sono trovati a commentare e criticare insieme ai colleghi l’operato di altri professionisti? Lungi da me esprimere critiche o giudizi; mi interessa piuttosto descrivere un atteggiamento che sappiamo bene essere tanto comune quanto, probabilmente, inevitabile all’interno di un gruppo interprofessionale. Un onesta autocritica non può non evidenziare come, a fronte di questa facilità nell’esprimere critiche “ufficiose” (sia pure spesso fondate), non si riscontri altrettanta sofferza nell’esporsi in modo ufficiale nella presa di decisioni cliniche, aspetto, quest’ultimo, che dovrebbe invece caratterizzare un professionista *autonomo e responsabile*. Quale è (se c’è) il salto di qualità che noi professionisti dobbiamo forse ancora trovare il coraggio di fare? Se gli strumenti utili ad ufficializzare l’infermiere come professionista intellettuale autonomo ci sono, sono reali, cosa manca? Perché oggi ancora è necessario scrivere articoli o organizzare

convegni aventi come oggetto l'autonomia? Convegni che entrano nel circuito della formazione continua, come a dire: oggi vi insegniamo che siete professionisti responsabili e autonomi. Si può insegnare l'autonomia? O rappresenta piuttosto un cambiamento culturale che deve trovare le proprie fondamenta nella dimostrazione quotidiana che questa autonomia c'è ed è reale, che l'infermiere è un professionista in grado di assumersi le proprie responsabilità?

Questo è ciò su cui vorrei cercare di riflettere, analizzando alcuni passaggi che a mio parere hanno caratterizzato e caratterizzano tuttora il nostro essere infermieri.

Oggi l'infermiere è un professionista che acquisisce la possibilità di esercitare a seguito di un percorso accademico abilitante all'esercizio della professione, analogamente ad altri professionisti laureati. Può praticare subordinatamente all'iscrizione ad un albo, analogamente ad altri professionisti. Eppure nell'immaginario collettivo, anche degli infermieri, quando parliamo di professioni che nel gergo sono considerate tradizionalmente "professioni nobili", la mente corre ai soliti noti: Medici, Avvocati, Architetti, Ingegneri... Dimenticandosi di quella "minoranza" di oltre 400.000 professionisti infermieri.

Parliamo di una figura che ha elaborato un codice deontologico tra i più belli (e invidiati), che ne delinea nel dettaglio le peculiarità, descrivendo senza equivoci il livello di professionalità, competenza e abilità che un infermiere deve possedere.

Non bastasse questo, abbiamo scelto di elaborare un secondo strumento che ci rende unici nel nostro approccio all'altro: il patto infermiere cittadino. Troppo spesso confusi con espressioni eccessivamente teoriche di un'ostentata opera pia, questi strumenti, se letti con la giusta attenzione, non possono che essere considerati come l'esposizione dettagliata di ciò che contraddistingue non tanto un uomo di buon cuore, quanto un professionista capace, competente, responsabile. Il patto infermiere-cittadino rende evidente, in una forma "alla portata di tutti", quell'assunzione di responsabilità già dettagliatamente esposta nel codice deontologico. Lo fa esordendo con un'espressione chiara: "Io infermiere, mi impegno nei tuoi confronti a: [...]". La scelta dei termini non è certo casuale: mi impegno non inteso come massimo sforzo (vincolo che rimane intrinseco nella nostra deontologia), quanto come il "prendersi un impegno". In que-

sto senso è evidente l'assunzione di responsabilità che l'infermiere non solo accetta, ma garantisce. È stato denominato "patto"; un patto è una cosa a cui non si può venir meno. Questo è un patto che ciascuno di noi ha sottoscritto, a anche questo è un fatto, un dato incontestabile. Al momento della nostra scelta professionale, accettiamo di essere una figura con delle caratteristiche precise, delle responsabilità inderogabili che non possono essere accettate o meno a discrezione del singolo: sono parte del pacchetto, questo è l'infermiere.

L'ultimo ventennio ha visto la professione infermieristica investita da profondi mutamenti: si è modificata passando da professione ausiliaria, con bassa discrezionalità, a professione intellettuale autonoma; si è modificata dal Regio decreto del 1925, alla Legge 43 del 2006, passando per l'abolizione del mansionario e l'istituzione della Laurea Magistrale. Questo in un lasso di tempo tutto sommato ristretto; se cambiare una norma è in una certa misura relativamente semplice, modificare consuetudini, mentalità, cultura, è senza dubbio un processo di gran lunga più complesso. Ecco quindi che oggi lavorano insieme infermieri neolaureati e infermieri con trent'anni di onorata carriera: la scelta professionale che li accomuna, spesso però li divide perché compiuta in un contesto sensibilmente diverso. Il risultato è che oggi, quasi all'unanimità reclamiamo che ci vengano riconosciuti (da entità non meglio definite: medici? Società? Dirigenza?) autonomia e prestigio professionale, spesso senza renderci conto che è già successo. Come detto, il nostro status professionale è ben definito dagli strumenti (*in primis* quelli giuridici) deputati all'ufficializzazione di determinati cambiamenti che interessino la collettività. Parrebbe che la giovane generazione degli infermieri laureati inseguia qualcosa di già ottenuto, contestualmente ad una generazione di infermieri professionali che non riconosce un traguardo raggiunto, con l'inevitabile risultato di non tradurre nei fatti qualcosa che nella teoria è sancito da tempo. Siamo così concentrati nel cercare qualcuno a cui dare la colpa del nostro presunto scarso riconoscimento, da non renderci conto che l'unico vero accelerante nel processo di emancipazione infermieristica è proprio l'infermiere. Mi si permetta una provocazione: forse dovremmo smettere di sventolare la patente e iniziare a guidare l'auto. In altre parole, dimostrare con il nostro operato quotidiano (e

non parliamo solo del *fare*) che valiamo veramente quell'impalcatura normativa che ci siamo costruiti negli anni.

L'esercizio della nostra professione spazia dall'assistenza diretta al management, dal coordinamento alla consulenza, dalla didattica alla ricerca: questo rende la nostra una professione prestigiosa, invidiabile, appetibile. Se quando un giovane studente inizia il suo tirocinio in un reparto di degenza incontra un infermiere che investe sulla sua formazione, che gli mostra cosa significa assumersi la responsabilità del proprio operato, che manifesta il desiderio di essere aggiornato, competente e capace, probabilmente avremo, in futuro, un nuovo collega orgoglioso del proprio ruolo e consapevole del proprio spazio nel processo di cura e assistenza.

Allora forse il salto di qualità sta proprio nella necessaria presa di coscienza che noi siamo, realmente, nella pratica di ogni giorno, i responsabili dell'assistenza infermieristica, che si esprime nella moltitudine di forme citate sopra. La responsabilità è un concetto che va vissuto in chiave assolutamente positiva; responsabilità non come onere ma come onore. Poiché siamo professionisti maturi, formati, competenti, possiamo assumerci la responsabilità delle nostre azioni, ma soprattutto delle nostre decisioni. Noi rivestiamo una posizione di garanzia nei confronti dei nostri assistiti; prendere consapevolezza di ciò, significa vivere appieno e inevitabilmente l'essere un professionista autonomo: se io garantisco per qualcuno, allora non possono essere altri a prendere decisioni che riguardino il mio ambito di competenza e responsabilità. Diversamente stiamo venendo meno a quell'impegno deontologico che ci siamo assunti al momento della nostra scelta professionale.

È chiaro che essere convinti di rivestire questo ruolo e credere profondamente nell'evoluzione che ha investito la professione infermieristica, non è sufficiente. Il cambiamento va dimostrato: se vogliamo che gli utenti, gli altri professionisti, ci riconoscano per quello che siamo veramente, è necessario che il nostro atteggiamento professionale sia coerente con quanto dichiariamo. Dimostrare di essere autonomi, significa saper prendere decisioni: per farlo è necessario averne le competenze. Vivere l'aggiornamento come un obbligo, con l'unico obiettivo di totalizzare i 50 crediti imposti dalla normativa attraverso eventi formativi non sempre calzanti sulla propria esperienza professionale, non è certo un

tratto distintivo di un professionista. Lo è piuttosto riconoscere nella formazione uno strumento necessario per continuare ad erogare performance adeguate. Il professionista responsabile non può essere quello che risponde alla regola del "si è sempre fatto così", ma quello che, secondo i principi di perizia, diligenza e prudenza, ricerca costantemente la "best practice", perseguendo il nursing basato sulle evidenze. Il professionista che sa mutare il proprio approccio in virtù del bene dell'assistito, riconoscendo, senza rinnegare il passato, che alcune consuetudini talvolta vanno modificate.

Dopotutto, Ludwig Hatschek, quando inventò l'Eternit, la ritenne una grande conquista...

La disponibilità di letteratura scientifica e la facilità di reperirla, oggi è tale da rendere inaccettabile la carenza di aggiornamento.

Nutro l'intima convinzione che l'infermiere sia un professionista di elevato profilo, una figura di prestigio, in grado di esprimere professionalità e competenza. È necessario però che, perché questo venga riconosciuto anche dalla comunità scientifica e dalla società, gli infermieri prima di altri, riconoscano l'importanza di garantire un contesto culturale e un approccio professionale adeguato. Un giovane che inizia il percorso universitario deve avvertire con forza la consapevolezza, da parte del gruppo professionale che sta per accoglierlo, di fare una scelta che nulla ha da invidiare ai percorsi accademici affrontati dai suoi coetanei, perché al pari dell'ingegnere, dell'architetto e del medico, al termine avrà capacità e competenze, ma anche autonomia e responsabilità.

\* *Infermiere libero professionista,  
Master in infermieristica legale e forense*

## **BIBLIOGRAFIA**

Codice Deontologico dell'infermiere 2009;

D.L. 739/94;

Legge 42/99;

Legge 251/2000;

Legge 43/2006;

Silvestro A. (a cura di) (2009) Commentario al codice deontologico dell'infermiere 2009. Mc Graw Hill;

Fry S.T., Johnstone M.J. (2004). Etica per la pratica infermieristica. Casa Editrice Ambrosiana;

AA.VV. (2013). Atti del Convegno "L'autonomia infermieristica: un sogno? No, la realtà!".

# La responsabilità dell'infermiere nell'ambito delle infezioni ospedaliere

di Pasquale La Torre\*

**S**i definiscono Infezioni Ospedaliere (I.O.), quelle insorte durante il ricovero in ospedale oppure insorte dopo le dimissioni del paziente e che al momento dell'ingresso non erano manifeste clinicamente, né risultavano essere in incubazione.

Le I.O. sono spesso causate da saprofiti ambientali o commensali endogeni, la cui azione è favorita dagli alterati meccanismi di difesa e dalle maggiori possibilità di esposizione dell'ospite.

Tra gli agenti eziologici più diffusi si trovano alcuni patogeni convenzionali e numerosi opportunisti, in modo particolare i batteri gram negativi.

Il largo utilizzo degli antibiotici ha incrementato il grado di resistenza dei patogeni e la loro capacità di moltiplicarsi.

Tra gli enterobatteri, la specie più frequentemente responsabile di I.O. è rappresentata da *Escherichia coli*, seguita da *Klebsiella*, *Enterobacter*, *Serratia*.

L'emergere della resistenza ai carbapenemi negli enterobatteri costituisce un problema clinico sempre più rilevante, dato che questi antibiotici rappresentano la terapia principale delle infezioni da enterobatteri Gram negativi multi-resistenti. Gli enterobatteri resistenti ai carbapenemi (CRE) sono molto frequenti in ambito ospeda-

liero, la mortalità varia dal 20-30% con punte del 70%.

Serbatoi e sorgenti di micro organismi responsabili delle I.O. sono:

- il malato stesso;
- gli altri malati;
- il personale d'assistenza;
- l'ambiente;

Le I.O. si distinguono in "endogene" ed "esogene". Nel primo caso l'infezione proviene dal malato, nel secondo caso dall'ambiente esterno: personale, altri malati, strumenti, ecc.

La via di trasmissione più frequente è rappresentata dalle mani, dove normalmente risiede lo *Staphylococcus epidermidis*, causa frequente di I.O..

Le altre modalità di trasmissione riguardano:

- il contatto tramite goccioline emesse attraverso tosse o starnuto;
- il contatto indiretto attraverso un veicolo contaminante (ad esempio un broncoscopio);
- il contatto per via aerea attraverso patogeni che sopravvivono nell'aria e sono trasmessi a distanza.

Circa l'80% delle I.O. interessa quattro sedi: tratto urinario, ferite chirurgiche, apparato respiratorio e infezioni sistemiche (sangue).

Secondo stime internazionali accreditate, le I.O. si verificano nel 5-10% dei pazienti ospedalizzati, 5% in pazienti residenti in strutture per anziani, 1% nei pazienti assistiti a domicilio. Solo

negli USA, le I.O. sono responsabili di 80 mila decessi l'anno.

L'infezione urinaria rappresenta il 35-40% di tutte le I.O. Negli ultimi anni però, si sta osservando un calo di queste ma un contestuale aumento delle sepsi e delle polmoniti, conseguenza probabile dell'antibiotico resistenza e dall'aumentato utilizzo dei CVC.

Le I.O. interessano prevalentemente l'area critica e quella chirurgica.

I pazienti chirurgici sviluppano il 70% circa di tutte le I.O. I pazienti ricoverati in terapia intensiva, sviluppano invece il 20-25% e sono quelli in cui si verifica il maggior numero di decessi associati ad infezione.

### LE MISURE DI PREVENZIONE

Quando si parla di misure preventive, uno dei riferimenti scientifici più accreditati a livello internazionale è rappresentato dalle Raccomandazioni dei CDC d'Atlanta, che permettono agli operatori sanitari di operare con efficacia e sicurezza. Le I.O. possono essere prevenute con l'adozione di buone pratiche assistenziali come:

- il lavaggio frequente delle mani;
- l'applicazione di procedure standard durante
- le manovre invasive (manipolazione dei CVC, ventilazione assistita, linee infusive, ecc);
- il rispetto delle comuni norme igieniche;
- il rispetto delle procedure di sanificazione e sterilizzazione dei presidi;
- il sistema chiuso dei cateteri vescicali;
- l'isolamento protettivo (in casi d'infezioni multi resistenti conclamate).

La prevenzione ha importanti riflessi sulla qualità complessiva dell'assistenza, con ricadute positive sulla prognosi del paziente, sugli indicatori di accreditamento e sui costi del servizio sanitario.

### GLI ASPETTI DEONTOLOGICI E GIURIDICI

La responsabilità rappresenta la consapevolezza delle conseguenze dei propri comportamenti e il modo di agire che ne deriva.

Il concetto definisce la congruenza con un impegno, perché sottintende l'accettazione di qualsiasi conseguenza.

La responsabilità professionale configura una condizione per la quale un soggetto giuridico

(es. l'infermiere) può essere chiamato a rispondere di un obbligo assunto in precedenza (es. con il paziente). Le norme che disciplinano l'attività professionale sono le seguenti:

- il Profilo professionale (DM 734/94);
- il Codice Deontologico dell'Infermiere (2009);
- gli ordinamenti didattici della formazione base e post base.

Le altre norme che disciplinano il quadro complessivo del contesto in cui si esercita la professione e che determinano in modo più completo la responsabilità, sono riconducibili al Contratto di lavoro, alla normativa specifica (es. infezioni, trasfusioni, farmaci stupefacenti) e alle procedure accreditate nell'ambito aziendale.

Il decreto legislativo n.42/1999 "disposizioni in materia di professioni sanitarie" definisce la professione infermieristica come "professione sanitaria", elimina il termine "ausiliaria" e abroga, di fatto, il mansionario (DPR 225/74). Quest'ultimo dispositivo implicava una responsabilità limitata ad alcune mansioni "a lui consentite". Con la nuova normativa introdotta dal DL n. 42/99, il concetto di responsabilità non è più racchiuso in una elencazione di mansioni, ma si amplia a una serie di competenze tecniche, relazionali, organizzative e dirigenziali, derivanti in prima istanza dalla formazione base, e successivamente post base, specializzazioni, aggiornamento.

La definizione delle aree di responsabilità diventa quindi più dinamica, aggiorna i suoi contenuti in riferimento ai percorsi formativi e ai campi d'applicazione della professione.

Lo specifico infermieristico, maturato dal Profilo Professionale, è a carattere preventivo, curativo, riabilitativo e educativo.

L'infermiere diventa a pieno titolo "il responsabile dell'assistenza generale infermieristica", che si esplica attraverso un metodo basato su:

- identificazione dei bisogni;
- formulazione di obiettivi;
- pianificazione degli interventi;
- gestione delle attività;
- valutazione dei risultati.

Nell'ambito della prevenzione delle infezioni ospedaliere, la normativa di riferimento si richiama alla Circolare Ministero della Sanità n. 52/1985 "lotta contro le infezioni ospedaliere" (novellata dalla Circolare n 8/1988), dove si individua l'infermiere come "figura fondamentale

per la sorveglianza delle infezioni ospedaliere” e si introduce il sistema di vigilanza attiva delle I.O.

Hanno valenza giuridica le Raccomandazioni del Consiglio Europeo 09/06/2009, le Linee guida scientifiche e le procedure aziendali accreditate.

Da un punto di vista operativo, la prevenzione delle infezioni ospedaliere da parte dell’infermiere è attuata attraverso misure preventive come il lavaggio delle mani, il rispetto delle procedure di disinfezione-sterilizzazione, l’igiene del malato, il controllo dell’ambiente (es. sanificazione, isolamento), l’adozione di pratiche basate su una documentata efficacia (es. cambio linee infusive).

L’infermiere che ricopre ruoli organizzativi e gestionali (coordinatore, esperto infezioni del Servizio di Igiene Ospedaliera, dirigente assistenziale), assume una responsabilità riferibile al piano degli interventi di rilevazione, misurazione, controllo, gestione, informazione, formazione, educazione.

L’accertamento della responsabilità professionale nell’ambito delle infezioni ospedaliere è senza dubbio molto complessa.

Nel caso in cui si verifica un danno (infezione) alla persona, i riferimenti giuridici sono contenuti nel codice civile e penale del nostro ordinamento e nell’orientamento giurisprudenziale del caso in specie.

Gli elementi che definiscono il tipo di responsabilità professionale sono due:

- il carattere colposo;
- la necessaria sussistenza del nesso causa-effetto.

Nel primo elemento, la colpa professionale si riconduce sostanzialmente alla negligenza, imprudenza e imperizia. Esempi pratici sono la condotta superficiale, la mancanza di conoscenze specifiche e/o abilità tecniche, il mancato rispetto delle buone pratiche.

Nel secondo invece, per l’accertamento della responsabilità professionale, è fondamentale verificare la sussistenza di un rapporto tra condotta colposa e il danno subito dalla parte lesa. Questa valutazione di merito è assegnata all’Organo giudicante.

La condotta colposa può essere attribuita ad un intervento effettuato in modo errato (es. contaminazione di uno strumento durante la manovra invasiva), oppure per una omissione (es. mancato controllo delle scadenze di sterilizzazione di uno strumento).

L’infermiere, così come qualsiasi altro professionista, ha l’obbligo dei mezzi e non del risultato. Non può garantire che le infezioni non possono insorgere ma deve fare di tutto per erogare un’assistenza ottimale. Deve dimostrare di aver adottato tutte le misure atte a prevenire il danno. Se il giudice stabilisce la sussistenza tra la condotta colposa dell’infermiere e il danno subito dal paziente, nella fattispecie l’insorgenza di un’infezione, il professionista può essere chiamato a rispondere per lesioni colpose (art 590 c.p) e punito con reclusione, o multa, a seconda della gravità delle lesioni cagionate. Nel caso in cui l’infezione comportasse la morte del paziente, il reato contestato potrebbe essere l’omicidio colposo.

L’accertamento della responsabilità professionale nell’ambito delle infezioni ospedaliere, come accennato in precedenza, risulta essere complesso per la difficoltà nel trovare il nesso causa-effetto dovuto principalmente a:

- eterogeneità degli interventi e gli ambienti dove sono effettuati;
- molteplicità dei fattori e degli operatori presi in causa;
- variabilità condizioni cliniche del paziente,
- tempi di incubazione dell’infezione;
- in termini pratici l’imputazione, ad esempio, della responsabilità di un’infezione sistemica (sepsi) è molto difficile. Le condotte colpose che concorrono al danno possono essere diverse e verificatesi in tempi, modi e ambienti differenti.

La casistica attuale è ridotta per le difficoltà descritte, ma questo non deve sviare l’infermiere, facendone sottovalutare il grado di responsabilità, perché la normativa specifica e quella professionale sono in continua evoluzione, aumenta la videosorveglianza diretta delle unità letto, le procedure d’accreditamento istituzionale introducono sempre maggiori strumenti di controllo individuale delle attività assistenziali (es. check list), e infine la giurisprudenza inizia a delineare profili di responsabilità dove sono coinvolte più persone o l’intera équipe.

Su quest’ultimo punto, si elencano nel seguito alcune sentenze emesse dall’Ordine giudicante sulla responsabilità in ordine alle infezioni ospedaliere.

“Logica (art. 2727 cc), comune esperienza (art 115 cpc) e finanche il buon senso inducono a ritenere che l’infezione avvenne in ambiente ospedaliero, sarebbe stato infatti sommariamente implausibile che la paziente (un infermiera), fosse stata imprudente e malaccorta, dopo la dimissione, nel portare la propria ferita a contatto con potenziali focolai di agenti patogeni”  
Tribunale Roma 07/11/2004

“Il rischio di infezioni ospedaliere è conosciuto, e proprio per questo sussiste la responsabilità in caso di ricovero non appropriato, in quanto vi è stata una negligente esposizione ad agenti patogeni”.  
Sentenza civile Corte di appello di Milano 369/2006

“L’infezione manifestatasi dopo l’operazione chirurgica era verisimilmente dovuta ad un’igiene non accurata della sala operatoria”  
Tribunale di Monza 17/07/2006

In conclusione si può affermare che le infezioni ospedaliere insorgono durante il ricovero in ospedale e sono quasi sempre attribuibili ad una carenza del sistema. Incidono negativamente sulla prognosi della malattia e sui costi del servizio sanitario. Ogni anno, solo i risarcimenti costano al S.S.N. 8 milioni di euro, a questi si aggiungono i costi sociali dovuti al prolungamento della degenza. Le infezioni ospedaliere possono essere prevenute nella misura del 35% attraverso l’adozione di pratiche sicure e semplici come il lavaggio delle mani e il rispetto delle procedure standard. Gli agenti eziologici più problematici sono i patogeni che hanno sviluppato resistenza agli antibiotici e che in pazienti immunodepressi possono comportare gravissime conseguenze; tra questi, Klebsiella e Pseudomonas Aeuriginosa. La via di trasmissione più frequente è rappresentata dalle mani, in secondo ordine la trasmissione per via aerea e per contagio diretto. Le infezioni ospedaliere colpiscono in primo luogo l’apparato genito urinario (35-40%), l’apparato respiratorio, la cute e il sangue. Negli ultimi anni si è registrata una diminuzione delle infezioni urinarie e un contestuale aumento di quelle del sangue, probabilmente causate dall’incremento dei cateteri venosi centrali (CVC). I pazienti più colpiti sono ricoverati nell’area critica e nell’area chirurgica.

La responsabilità dell’infermiere nelle infezioni ospedaliere ha assunto un rilievo importante dopo le norme che hanno abolito il Mansionario e hanno introdotto elementi giuridici e deontologici fondati principalmente sulla formazione. La normativa professionale dell’infermiere e quella specifica delle infezioni, incidono più efficacemente nell’individuazione delle competenze e delle responsabilità.

L’accertamento della responsabilità nelle infezioni ospedaliere risulta essere complessa a causa della difficoltà di verificare il nesso causa-effetto e la variabilità dei fattori e dei professionisti presi in causa.

L’evoluzione della normativa specifica, l’accreditamento istituzionale e la recente giurisprudenza, rendono sempre più identificabile e quantificabile l’attività individuale e quella d’equipe.

\* *Infermiere*  
*presso l’Azienda Ospedaliera di Parma*

## **BIBLIOGRAFIA**

- “Infezioni ospedaliere”. Luglio 2002. Supplemento de l’Infermiere n.7-8/02.
- “Le infezioni ospedaliere: elementi di epidemiologia e prevenzione”. Organizzazione sanitaria 3-4 /2004; 3-26.
- “Prevenzione delle infezioni ospedaliere: strategie efficaci”. E. Rostagno. Ematology meeting reports 2007; 16)
- “Implicazioni medico-legali in tema di infezioni”. Difesa sociale. Vol LXXXII n. 3 (2003) pp 81-100;
- “Indicazioni pratiche e protocolli operativi per la diagnosi, la sorveglianza e il controllo degli enterobatteri produttori di carbapenemasi nelle strutture sanitarie e socio-sanitarie”. Agenzia sanitaria e sociale regionale E.R. 01/07/2011;
- “Compendio delle principali misure per la prevenzione e il controllo delle infezioni correlate all’assistenza”. Progetto INF-OSS 02-01-2010 Agenzia Sanitaria e Sociale Emilia Romagna;
- “I risarcimenti da infezioni ospedaliere costano al Ssn 8 milioni di euro l’anno”. Ipasvi-attualità 15.05.2013.

## **SITOGRAFIA**

- [www.epicentro.iss.it](http://www.epicentro.iss.it)  
[www.assr.regione.emilia-romagna.it](http://www.assr.regione.emilia-romagna.it)  
[www.ipasvi.it](http://www.ipasvi.it)



# Comunicazioni del Collegio

## ECM: istruzioni per l'uso

di Ermellina Zanetti\*

*Il sistema ECM si avvia verso la fase in cui i professionisti dovranno documentare di aver ottemperato l'obbligo ECM attraverso la certificazione rilasciata da Ordini e Collegi. Detta certificazione riguarderà il triennio 2011-2013 e le modalità di certificazione sono a tutt'oggi in via di definizione. Sarà nostra cura informare gli iscritti e soprattutto seguire le indicazioni operative impartite dal Co.Ge.A.P.S., Consorzio Gestione Anagrafica Professioni Sanitarie, l'organismo nazionale deputato alla gestione dell'anagrafe dei crediti ECM, al fine di ottemperare senza ritardi e disagi la certificazione dei crediti ECM ai nostri oltre 8.000 iscritti.*

*Nella Determina del 17 luglio scorso la Commissione Nazionale per la Formazione Continua ha definito alcuni aspetti relativamente ad Esoneri, Esenzioni, Tutoraggio, Formazione all'estero ed Auto apprendimento. Per ciascuno sono di seguito riassunte le indicazioni più importanti.*

Il sistema ECM si avvia verso la fase in cui i professionisti dovranno documentare di aver ottemperato l'obbligo ECM attraverso la certificazione rilasciata da Ordini e Collegi. Detta certificazione riguarderà il triennio 2011-2013 e le modalità di certificazione sono a tutt'oggi in via di definizione. Sarà nostra cura informare gli iscritti e soprattutto seguire le indicazioni operative impartite dal Co.Ge.A.P.S., Consorzio Gestione Anagrafica Professioni Sanitarie, l'organismo nazionale deputato alla gestione dell'anagrafe dei crediti ECM, al fine di ottemperare senza ritardi e disagi la certificazione dei crediti ECM ai nostri oltre 8.000 iscritti.

Nella Determina del 17 luglio scorso la Commissione Nazionale per la Formazione Continua ha definito alcuni aspetti relativamente ad Esoneri, Esenzioni, Tutoraggio, Formazione all'estero ed Auto apprendimento. Per ciascuno sono di seguito riassunte le indicazioni più importanti.

### ESONERI

Sono esonerati dall'obbligo ECM i professionisti sanitari che frequentano (in Italia o all'estero) corsi di formazione post-base:

- corso di specializzazione universitaria
  - dottorato di ricerca,
  - master universitario,
  - corso di perfezionamento scientifico,
  - laurea specialistica,
- previsti e disciplinati dal Decreto del MURST del 3 novembre 1999 n. 509, pubblicato nella G.U. n. 2 del gennaio 2000; Decreto 22 ottobre 2004, n.270 e successive modifiche ed integrazioni;
- formazione complementare es.: corsi effettuati ai sensi dell'art. 66 "Idoneità all'esercizio dell'attività di emergenza" di cui al Decreto del Presidente della Repubblica 28 luglio 2000 n.270 Regolamento di esecuzione dell'accordo collettivo nazionale

per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale;

- corsi di formazione e aggiornamento professionale (art. 1, comma 1, lettera d) “ Piano di interventi contro l’AIDS” di cui alla Legge 5 giugno 1990, n.135, pubblicata nella G.U. n.132 dell’8 giugno 1990 per tutto il periodo di formazione pari ad 1 anno di frequenza

L’esonero riguarda l’intero periodo di formazione nella misura di 4 crediti per mese e solo se il corso di formazione abbia durata superiore a 15 giorni per ciascun mese

### ESENZIONI

Sono esentati dall’obbligo ECM i professionisti sanitari che sospendono l’esercizio della propria attività professionale a seguito di:

- congedo maternità obbligatoria
- congedo parentale
- adozione e affidamento preadottivo
- congedo retribuito per assistenza ai figli portatori di handicap



- aspettativa senza assegni per gravi motivi familiari così come disciplinato dai CCNL delle categorie di appartenenza
  - permesso retribuito per i professionisti affetti da gravi patologie così come disciplinato dai CCNL delle categorie di appartenenza
  - assenza per malattia così come disciplinato dai CCNL delle categorie di appartenenza
  - richiamo alle armi o servizio volontariato alla C.R.I
  - aspettativa per incarico direttore sanitario aziendale e direttore generale
  - aspettativa per cariche pubbliche elettive
  - aspettativa per la cooperazione con i paesi in via di sviluppo e distacchi per motivi sindacali
- Sono esentati dall’obbligo formativo ECM nella misura di 4 crediti per ogni mese nel quale il periodo di sospensione dell’attività professionale sia superiore a 15 giorni.

I periodi di esonero e di esenzione sono cumulabili ma non sovrapponibili nell’ambito del triennio, ad eccezione degli esoneri definiti dalla Commissione Nazionale per le catastrofi naturali.

### TUTORAGGIO INDIVIDUALE

Ai tutor che svolgono formazione pre e post laurea prevista dalla legge e ai professionisti sanitari che svolgono attività di tutoraggio all’interno di tirocini formativi e professionalizzanti pre e post laurea previsti dalla legge sono riconosciuti crediti formativi ECM nella misura di 4 crediti per mese di tutoraggio. Ai tutor nell’ambito di specifici Programmi Formativi Aziendali, sono riconosciuti crediti formativi ECM nella misura di 4 crediti per mese di tutoraggio solo se le attività svolte sono inquadrare nel programma formativo del professionista interessato. I crediti così acquisiti, calcolati unitamente ai crediti ottenuti per docenza/pubblicazioni scientifiche/ ricerche, non possono eccedere il 60% del monte crediti triennale (90 crediti).

NB: L’unità mese è considerata il periodo non inferiore a 16 giorni e non superiore a 31 giorni di tutoraggio anche non continuativo e cumulabile nel triennio di riferimento. A titolo esemplificativo: 10 giorni di tutoraggio a gennaio possono essere cumulati con 10 giorni di tutoraggio a maggio. Tale periodo dà diritto a 4 crediti ECM.

## FORMAZIONE ALL'ESTERO e CREDITI

È definita formazione individuale all'estero la formazione non accreditata in Italia e svolta nei paesi dell'U.E., in Svizzera, negli Stati Uniti e in Canada. Ai professionisti sanitari che frequentano corsi di formazione individuale all'estero sono riconosciuti crediti ECM nella misura del 50% dei crediti attribuiti dal singolo evento accreditato all'estero. I crediti acquisibili tramite formazione individuale all'estero non possono superare il 50% dell'obbligo formativo triennale. Nel caso in cui l'evento accreditato all'estero supera i 50 crediti formativi sono riconosciuti al massimo 25 crediti ECM.

Possono essere registrati esclusivamente i crediti maturati dalla formazione individuale all'estero a partire dal 1 gennaio 2008, fatto salvo quanto già precedentemente riconosciuto pur in carenza di una più specifica normativa

Il professionista sanitario, ultimata la frequenza, dovrà inoltrare la documentazione relativa all'evento (programma, contenuti, etc.) e quella attestante la frequenza e il superamento del test di apprendimento all'ente accreditante di riferimento (CNFC, Regione, Provincia autonoma) ovvero al soggetto da esso indicato (ad esempio ufficio formazione dell'azienda presso cui presta servizio) ovvero per i liberi professionisti, al proprio Ordine/Collegio/Associazione professionale.

### LIBERI PROFESSIONISTI: CREDITI INDIVIDUALI PER AUTOAPPRENDIMENTO

Ai liberi professionisti sono riconosciuti crediti ECM per:

Attività di autoapprendimento ossia l'utilizzazione individuale di materiali durevoli e sistemi di supporto per la formazione continua preparati e distribuiti da Provider accreditati con obbligo di verifica dell'apprendimento.

Autoapprendimento derivante da attività di lettura di riviste scientifiche, di capitoli di libri e di monografie non preparati e distribuiti da provider accreditati ECM e privi di test di valutazione dell'apprendimento con il limite del 10% dell'obbligo formativo individuale triennale (fino ad un massimo di 15 crediti nel triennio). Per comprovare l'autoapprendimento il professionista dovrà produrre un riassunto scritto.

## DEBITO FORMATIVO 2011-2013: sconti per i professionisti virtuosi

La determina ha fatto chiarezza anche rispetto "allo sconto" previsto per i professionisti virtuosi, ovvero per coloro che negli anni hanno costantemente ottemperato all'obbligo ECM. Infatti, l'Accordo Stato - Regioni del 19 Aprile 2012 ha stabilito in 150 crediti il debito formativo complessivo per il triennio 2011 - 2013, ma ha previsto la possibilità, per tutti i professionisti sanitari, di riportare dal triennio precedente (2008 - 2010) fino ad un massimo di 45 crediti con le seguenti modalità illustrate nella determina di luglio:

se il professionista ha acquisito da 30 a 50 crediti nel triennio 2008-2010 gli è riconosciuta una riduzione di 15 crediti nel triennio 2011-2013 e pertanto l'obbligo formativo sarà di 135 crediti;

se il professionista ha acquisito da 51 a 100 crediti nel triennio 2008-2010 gli è riconosciuta una riduzione di 30 crediti nel triennio 2011-2013 e pertanto l'obbligo formativo sarà di 120 crediti;

e il professionista ha acquisito da 101 a 150 crediti nel triennio 2008-2010 gli è riconosciuta una riduzione di 45 crediti nel triennio 2011-2013 e pertanto l'obbligo formativo sarà di 105 crediti.

L'obbligo formativo annuale per il professionista sanitario è di un terzo del proprio fabbisogno triennale (50 crediti/anno), al netto delle riduzioni derivanti da esenzioni ed esoneri. Il professionista sanitario può discostarsi (in più o in meno) del 50% dall'obbligo formativo annuale secondo quanto indicato nella seguente tabella:

\* *Infermiere. Consigliere e Responsabile della Commissione Formazione Collegio IPAS.VI. Bs*

Crediti acquisiti nel triennio 2008-2010	Fabbisogno Triennale 2011-2013	Fabbisogno annuale 2011-2013 n. crediti	
		Minimo	Massimo
Da 30 a 50	135	22,5	67,5
Da 51 a 100	120	20	60
Da 101 a 150	105	17,5	52,5

# Consiglio Direttivo: ridistribuzione delle cariche



INFERMIERI PROFESSIONALI  
ASSISTENTI SANITARI  
VIGILATRICI D'INFANZIA  
Collegio provinciale di Brescia



A seguito delle dimissioni dalla carica di Vice Presidente della Dott.ssa ERMELLINA ZANETTI in conformità della normativa vigente, si comunica che il Consiglio Direttivo nella seduta del 10.09.2013 ha deliberato (del. n°110) l'accettazione delle stesse e nella medesima seduta, con delibera n° 111, ha provveduto alla redistribuzione delle cariche.

Perfanto il Consiglio Direttivo risulta così composto:

## CONSIGLIO DIRETTIVO

Presidente	BAZZANA STEFANO
V. Presidente	TOMASELLI LIDIA ANNAMARIA
Tesoriere	BENEDETTI ANGELO
Segretaria	IANNELLI ANNAMARIA
Consigliere	AGAZZI CARLA
Consigliere	AMORUSO DIEGO
Consigliere	BERTOLI BRUNA
Consigliere	CONTI MARIA AUDENZIA
Consigliere	CRISTEA RALUCA MIHAELA
Consigliere	CROTTI PARTEL MORENO
Consigliere	DI GIAIMO ANGELA
Consigliere	PADERNO MASSIMO
Consigliere	ROSSINI SILVIA
Consigliere	ZANETTI ERMELLINA

La Segretaria

Dott.ssa Annamaria Iannelli



Presidente

Dott. Stefano Bazzana

25126 Brescia - Via P. Melastasio 26 - Telefono 030/291478 - Telefax 030/43194 - C.F.: 80063080172 - e-mail: info@ipasvibs.it - www.ipasvibs.it  
Orari apertura al pubblico: lunedì e giovedì dalle 14.00 alle 17.00 - martedì e venerdì dalle 9.00 alle 11.00 - mercoledì chiuso

# Infermiere a Londra tra incertezze e soddisfazioni

di Gianfranco Marta\* e Elena Ferrari\*\*

**L**a decisione di fare le valigie e partire per una avventura lontana da casa è una scelta difficile. È sempre una scommessa azzardata lasciare una vita tranquilla, una famiglia al tuo fianco, un lavoro sicuro, degli amici fedeli. Non esiste una risposta giusta o sbagliata alla domanda “Partire?”. In quanto scommessa tutto è incerto, tutto è da vedere, non si può mai sapere cosa la vita ci riserba l’attimo dopo.

La partenza è quindi una decisione che spesso si prende dopo lunghe discussioni con le persone più care, ma soprattutto con sè stessi. Valuti i pro e i contro, metti su una bilancia la tua vita, le garanzie, ciò che puoi guadagnare, ciò che puoi perdere. Alle volte, nonostante tutta la razionalità, ti ritrovi comunque a considerare che la decisione che hai preso potrebbe benissimo essere stata il semplice frutto del lancio di una monetina.

Viaggiare può condurre ad un arricchimento personale, però questo non basta perchè bisogna affrontare il viaggio con la giusta inclinazione. In questi due anni spesi all’estero la cosa

più importante che abbiamo imparato non è stata la lingua, non l’ambientarsi in una metropoli di 8 milioni di abitanti e neanche essere in grado di lavorare in un sistema diverso: abbiamo imparato che qualsiasi strada è percorribile. Ciò che più conta per la riuscita del progetto è come si affronta l’avventura.

Noi abbiamo lasciato lo Stivale ormai due anni fa, da allora è passato del tempo e abbiamo affrontato tante esperienze con infiniti alti e bassi. All’arrivo oltremontana, dopo la sistemazione abitativa, bisogna affrontare il mondo lavorativo. Fortunatamente Londra non ha conosciuto la crisi che ha imperversato soprattutto nel Sud Europa, quindi il lavoro non è stato difficile da trovare.

Nonostante in Italia si studi la lingua inglese fin dalle elementari, all’inizio è difficile, ci si sente fuori luogo e quando si comincia a lavorare è normale arrivare a casa la sera e voler solo sdraiarsi e chiudere gli occhi: dover pensare costantemente in una lingua alla quale non si è abituati è faticoso.

Prendendo in considerazione la delicatezza del lavoro e la difficoltà per la lingua noi abbiamo

optato, come molti altri, di iniziare il nuovo percorso in una nursing home, equivalente delle nostre Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA). In queste strutture il lavoro è perlopiù ripetitivo e quindi più adatto ad essere scelto come primo approccio.

Così, in una casa di riposo è iniziata la nostra carriera; le nostre strade professionali si sono in seguito divise con la scelta di un ambulatorio HIV e salute sessuale da un lato e di una clinica riabilitativa per pazienti ortopedici e per pazienti con stroke, dall'altro.

L'ambulatorio di "HIV e salute sessuale" fa parte del St. Mary's Hospital in Paddington a Westminster, zona centrale di Londra. All'infermiere sono richiesti molteplici compiti in base alla specifica clinica in cui lavora.

Nell'HIV outpatient si gestiscono i pazienti malati di HIV, quindi come junior nurse si lavora perlopiù facendo esami ematici, visite oculistiche in collaborazione con lo specialista (per il rischio Citomegalovirus), vaccinazioni, terapie preventive, o terapie per infezioni sessuali. È inoltre responsabilità dell'infermiere contattare il paziente qualora gli esami ematici fossero alterati per effettuare ulteriori controlli, ed organizzare eventualmente l'ammissione in un reparto.

Nella GUM clinic (clinica di Medicina Genito Urinaria, perlopiù dedicata alla salute sessuale) il ruolo del junior nurse è molto variabile e dipende dai corsi frequentati. Ogni infermiere prende in carico il paziente una volta che questo è stato visto dal medico, che decide l'iter diagnostico. Sono quindi attività infermieristiche la venipuntura (test HIV, sifilide, epatiti), la raccolta di campioni per microscopia, colture e amplificazione genomica da cervice uterina, uretra e retto con relativo esame dell'area, la microscopia di base per sifilide, gonorrea e altre infezioni generiche, le vaccinazioni per le epatiti, la terapia con l'azoto liquido per il trattamento di HPV.

Effettuando degli specifici corsi di formazione si acquisiscono competenze per visitare pazienti asintomatici e prescrivere gli esami ematici necessari basandosi sulla storia sessuale o essere in grado di performare Pap-Test (Papanicolaou Test). Esiste inoltre la possibilità di progredire a nurse prescriber, ovvero prescrivere farmaci dopo aver effettuato un corso universitario.

La clinica riabilitativa si trova nel nord di Lon-

dra, Barnet. In questa struttura l'infermiere è la figura principale, il responsabile dell'assistenza del paziente dall'ingresso alla dimissione e molto spesso è incaricato di garantire un completo sostegno per un reinserimento dello stesso nella comunità (continuing care). L'infermiere lavora a stretto contatto con un team multidisciplinare composto da fisioterapisti e terapeuti occupazionali. Il medico non è presente nella struttura ma visita i pazienti una volta alla settimana ed è reperibile telefonicamente per eventuali consulenze. Il primo contatto con il paziente avviene quando questi è ancora in ospedale, l'infermiere è responsabile della raccolta della storia clinica e dell'attuale condizione medica. Quando il paziente viene accolto nella struttura riabilitativa il suo caso viene discusso con il team per valutare attentamente ogni bisogno del paziente e quindi pianificarne l'assistenza. In queste strutture l'utilizzo dei piani assistenziali è la chiave dell'assistenza infermieristica. La stesura dei piani assistenziali individuali non solo rende molto chiari e di facile lettura i bisogni del paziente, ma rende il lavoro più scorrevole e fornisce una guida da seguire. La responsabilità, come si può intuire, è molto alta ma lo è soprattutto il livello di autonomia. Spesso ci si trova a prendere decisioni avendo solo l'appoggio telefonico del medico. Si impara quindi a contare sulle proprie conoscenze e competenze acquisite nel tempo e a fidarsi delle proprie capacità. La tipologia di pazienti seguiti in questa clinica è varia: pazienti che richiedono un periodo di riabilitazione post operatoria (protesi d'anca, spalla, ginocchio, stabilizzazioni vertebrali), con stroke o con difficili condizioni respiratorie. Come accennato precedentemente, una volta terminato il periodo di riabilitazione, è importante pensare a garantire un reinserimento nella comunità e pianificare un'assistenza infermieristica post-riabilitativa contattando i servizi sociali, i district nurse e i fisioterapisti. All'inizio è molto difficile entrare a far parte di un modello lavorativo basato su grande responsabilità e autonomia ma è innegabile che rappresenta un'occasione formativa preziosa che consente al professionista di affinare le proprie competenze.

Queste due semplici storie rendono l'idea di quanto diverso sia il ruolo dell'infermiere inglese da quello italiano. Nonostante la storia infermieristica conferisca a Florence Nightingale un ruolo principe, c'è da ammettere che

l'infermiere da lei sognato non è più il modello simbolo del sistema inglese. Ormai l'evoluzione del modello infermieristico e la costante ricerca del risparmio economico hanno portato ad uno stravolgimento spesso totale della professione.

Il ruolo si è ampliato ed estremamente differenziato.

Terminata l'università il laureato viene classificato come "newly qualified" per la durata di un anno. Esistono specifici bandi che reclutano questa categoria di infermieri, permettendo anche ai più giovani di entrare nel mercato del lavoro nonostante non abbiano esperienza. A questo livello il ruolo è molto limitato e, stando agli standard italiani, acerbo. Infatti venivano, canulazione, inserimento di sondini, cateterismo e altre abilità che in Italia vengono apprese durante il percorso universitario, in Inghilterra vengono apprese successivamente. A questo livello le responsabilità, come è facile immaginare, sono estremamente limitate. L'infermiere viene praticamente preso per mano dai colleghi più anziani e "impara" le abilità tecniche della professione.

In quanto "newly qualified" l'infermiere inizia la sua carriera come "band 5", ovvero "livello 5". Questo si riferisce a una tabella che prende in considerazione mansioni, responsabilità ed esperienza, abbracciando tutte le categorie del sistema sanitario (NHS-Agenda for change). Il band 5 è responsabile delle cure di base. È sicuramente questa la figura più simile all'infermiere italiano. In questo ruolo esiste molta pratica e le responsabilità sono ampiamente variabili. Infatti, l'infermiere che non si sente a suo agio nel completare un compito o nell'effettuare determinate manovre può sempre rifarsi a un collega con più esperienza, l'infermiere "senior". Tale comportamento è estremamente enfatizzato in Inghilterra. Naturalmente questo tipo di cultura si può ricondurre a un percorso universitario meno efficace di quello italiano, ma è anche conseguenza di un sistema sanitario con maggiori risorse economiche e personale abbondante.

Per passare al livello superiore, il "band 6", non bisogna aspettare una semplice promozione. Bisogna nuovamente mettersi alla ricerca di un bando per tale posizione, compilare un nuovo application form (modulo di richiesta di lavoro), essere selezionati per il colloquio ed eventuale test scritto e risultare vincitori. In quanto

infermiere "senior" le responsabilità aumentano così come i compiti burocratici e diminuisce la parte pratica. Si può considerare questa figura a metà strada tra infermiere e infermiere coordinatore. Il ruolo è più manageriale, quindi è fondamentale la relazione coi colleghi "junior" dei quali si è responsabili per la crescita professionale. A questi compiti si accompagna anche la responsabilità della relazione con i pazienti che presentano delle lamentele e con il team medico.

Come si è detto prima il ruolo infermieristico è molto differenziato, quindi oltre a "junior" e "senior" c'è il band 7, il corrispettivo del Coordinatore italiano, e infine il band 8. All'aumento di grado corrispondono responsabilità sempre maggiori e compiti pratici minori (oltre a cospicui incrementi economici). Il sistema inglese presenta anche una profonda specializzazione dell'infermiere. Si potrebbe quasi dire che esiste uno specialist nurse per tutto. Dall'infermiere che effettua solo prelievi, che inserisce solo cateteri, che si occupa solo della gestione delle piaghe da decubito, del dolore, della PEG e potremmo andare avanti con tutti i possibili argomenti che vi vengono in mente!!

Nel sistema infermieristico inglese le strutture sanitarie sono interessate e spronate a sviluppare il proprio staff perchè questo significa avere del personale in grado di espletare maggiori funzioni e perchè il mercato lavorativo è estremamente mobile. Per le strutture sanitarie risulta quindi indispensabile offrire interessanti percorsi di sviluppo personale ed educativo, chiedendo in cambio la garanzia della permanenza per un periodo più o meno lungo nel luogo di lavoro.

Spesso ci chiediamo se questo sistema funzioni davvero. Sicuramente l'autonomia, le soddisfazioni e la possibilità di crescita sono fattori molto invitanti...ma davvero un sistema così frammentato, la iper-specializzazione (che spesso fa perdere il senso della completezza e della formazione dell'infermiere), l'ossessione per la burocrazia e per la regola... funziona? Provare per credere.

Un saluto da oltremarica.

\* *Infermiere presso la Clinica HIV e salute sessuale al St. Mary's hospital, Londra*

\* *Infermiere presso la Clinica ortopedico-riabilitativa di Springdene, Londra*

## Palazzo Reale di Milano:

### “Pollock e gli Irascibili”

24 settembre 2013-16 febbraio 2014

di Angela Di Giaimo\*

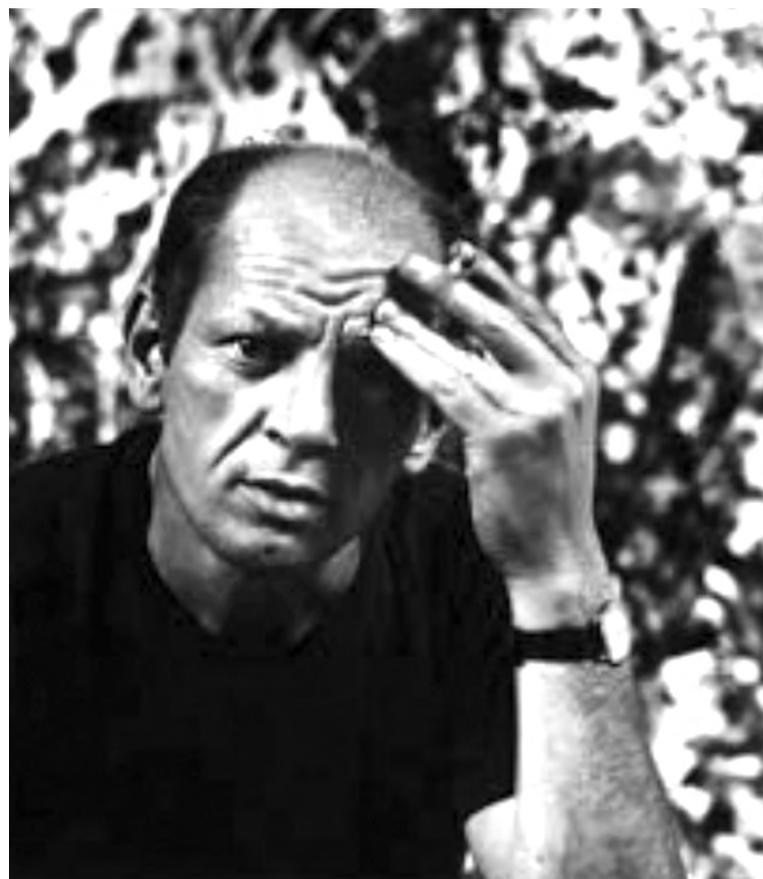
#### Jackson Pollock (1912-1956)

Curiosando fra le varie mostre in allestimento, mi sono imbattuta in una innovativa rassegna organizzata a Palazzo Reale a Milano, dedicata ad un gruppo facente parte di una avanguardia americana degli anni '40, detta degli “Irascibili” a causa di una protesta che misero in atto.

Non solo mi ha incuriosito il nome di tale movimento ma anche la pittura di uno dei maggiori artisti che ne ha fatto parte: Jackson Pollock.

Osservando le sue opere, mi sono chiesta cosa ci fosse di così interessante in quelle enormi tele “sporcate”, apparentemente, da macchie di colore colate e in ordine sparso.... Mi sono chiesta cosa “nascondesse” quel caos di forme e di colori, quale fosse il senso e il messaggio dell’artista: qualcosa da scoprire sicuramente ci doveva essere, diversamente non sarebbe stato così famoso!

Ho approfondito la mia ricerca e desidero condividere, attraverso questa rubrica, quanto ho scoperto (e apprezzato) di questo artista del quale mi hanno sorpreso l’energia, la determinazione nella ricerca, l’originalità e la sregolatezza.



## LA SUA VITA IN BREVE

Ultimo di cinque fratelli, Jackson Pollock nacque nel 1912 negli Stati Uniti.

Suo padre non aveva un impiego fisso e si spostava continuamente da una località all'altra. Subendo l'atteggiamento nevrotico di una madre oppressiva, Jackson, riversò queste sue frustrazioni in molti suoi dipinti; ebbe una giovinezza inevitabilmente difficile, condizionata da un carattere volubile ed introverso e da violenti attacchi di collera, a causa dei quali venne espulso due volte dalle scuole superiori.

Nel periodo inquieto della prima adolescenza conobbe un mistico indù che viveva in California, secondo il quale la felicità poteva essere raggiunta solo attraverso la scoperta e la coscienza di sé, insegnamenti che influenzarono profondamente l'artista per tutta la vita.

Andò a vivere a New York con il fratello dove iniziò a frequentare pittori che lo introdussero nel mondo dell'arte.

Nel 1938 venne licenziato per abuso di alcol ed in seguito ricoverato in una clinica, dove rimase per circa quattro mesi passando tutto il tempo, forse anche come terapia, a riempire interi quaderni con schizzi e disegni.

Uscito dall'ospedale, cominciò a ricomporre i



pezzi della sua vita, infatti nel 1939 seguì una terapia di psicanalisi che non riuscì a curarlo dall'alcolismo, ma lo convinse, lui che era piuttosto inibito sul piano della comunicazione verbale, ad esprimere le sue paure inconsce con una lunga serie di disegni surrealisti.

Alcuni anni dopo conobbe la collezionista Peggy Guggenheim, che volle a tutti i costi un suo quadro per la mostra che si tenne in primavera; l'opera era "Stenographic Figure", questo quadro venne accolto con grande favore dalla critica.





Allora Peggy decise di allestire la prima personale di Pollock nel novembre del 1943 e buona parte della critica reagì con toni addirittura entusiastici.

Nel 1947 la galleria di Peggy Guggenheim chiuse, ma Peggy convinse Betty Parsons, la cui influenza nel mondo artistico era leggendaria, a diventare l'agente di Pollock che ormai era diventato un artista affermato.

Purtroppo, nel 1955 riprese a bere e la sua produzione artistica ne risentì. In questo stesso periodo intrecciò una relazione con la modella Ruth Klingman.

La sera dell'11 agosto 1956 Pollock perse il controllo della sua spider uscendo di strada; catapultato fuori dall'abitacolo si schiantò contro un albero, ponendo fine ad una carriera fra le più straordinarie nella storia dell'arte moderna. In auto con lui c'erano Ruth Kligman, che rimase ferita, ed un'amica che morì sul colpo.

Jackson Pollock è considerato fra i maggiori

esponenti dell'Arte Contemporanea, basti dire che nel 2006, una delle sue opere è stata venduta per 140 milioni di dollari ad un privato.

Fu uno dei massimi esponenti, se non il primo, dell'action painting, che altro non è se non uno stile di pittura nella quale il colore viene fatto gocciolare spontaneamente, lanciato o macchiato sulle tele, con vari strumenti invece che applicato con attenzione utilizzando i pennelli.

Per applicare il colore si serviva di pennelli induriti, bastoncini o anche siringhe da cucina.

Ci troviamo in un periodo di ribellione rispetto ai cambiamenti post bellici imposti dall'allora Governo americano, si parla di ESPRESSIONISMO ASTRATTO (ACTION PAINTING, pittura - azione), movimento che rappresenta un modello d'Arte Informale.

Con un colpo di genio viene scavalcata la rigida ed equivoca distinzione fra pittura astratta e figurativa ma si fa largo un più originale genere nel quale l'uomo contemporaneo si identifica con una furibonda concatenazione di gesti che riflettono, in momenti di mostruosa concentrazione, la sterminata insensatezza delle movenze terrene.

### CARATTERISTICHE INNOVATIVE

Le opere sono di grandi dimensioni perché gli artisti si ispiravano alla pittura murale messicana (pittura murale di Siqueros che conobbe personalmente).

Abolizione dell'illusione della profondità e della prospettiva che vengono sostituite dalla pittura del gesto.

Pittura gestuale: il gesto vissuto come espressione diretta dello stato d'animo dell'artista: l'opera non racconta, non descrive ma indica contenuti per via indiretta. La gestualità potente che si intravede nelle sue opere, è una pittura di segno e di gesto dove gli elementi di espansione e di intrappolamento hanno un significato metaforico: un dire evocato ma non descritto.

Senza margini: i labirinti di segni ricoprono tutta la superficie della tela (all over: letteralmente "dappertutto", senza margini, con l'illusione di infinito) hanno un significato metaforico non casuale.

Stile: si esce dallo schema della pittura figurativa e tradizionale (da cavalletto) a partire dai materiali (Pollock utilizza smalti, lacche, inchiostri), abbandona il pennello e il cavalletto.

to ma utilizza la tecnica dello sgocciolamento (dripping). La tela viene deposta sul pavimento e l'artista, utilizzando tutto il corpo, fa gocciolare il colore, in una sorta di danza che ricorda quelle degli indiani Navajo (arte dei nativi americani) che Pollock studiò, subendone l'influenza.

H. Rosenberg (critico d'arte): "quello che finiva sulla tela non era un quadro, ma un evento. I gesti che si riflettevano nei dipinti erano gesti di liberazione dai valori politici, estetici e morali".

H. Rosenberg scrive le seguenti parole, nel tentativo di approfondire la concezione pollockiana: "A un certo momento i pittori americani cominciarono a considerare la tela come un'arena in cui agire, invece che come uno spazio in cui riprodurre, disegnare, analizzare o esprimere un oggetto presente o immaginario. La tela non era più dunque il supporto di una pittura, bensì di un evento [...]. L'innovazione apportata dalla pittura di azione consisteva nel suo fare a meno della rappresentazione dello stato per esprimerlo, invece, in un movimento fisico. L'azione sulla tela divenne così la stessa rappresentazione...".

### COSA CI DICONO LE SUE OPERE?

Nei suoi enormi quadri, non c'è progetto ma una gestualità istintiva: il segno diventa una danza dell'anima. Il messaggio si stratifica attraverso sovrapposizioni di colori esattamente come i livelli più profondi del nostro inconscio; esiste la cultura dell'archetipo, dell'essenza dell'uomo sin dalle sue origini.

Il colore e le dimensioni sono impattanti e l'assenza di cornici e confini conferiscono all'opera una dimensione infinita.

Non ci sono segni ma gesti, gesti non casuali, che rompono con gli schemi e che impattano arrivando violentemente al cuore dello spettatore che, se lo desidera, si lascia avvolgere da questi colori danzanti.

Pollock è un possente artista e i suoi quadri emanano una selvaggia energia che non può lasciare indifferente l'osservatore.

Le opere mature di Pollock, sono l'emblema di una ricerca che mette in contatto, attraverso la tela, il gesto e lo stato d'animo dell'artista, con l'osservatore in una sorta di comunicazione circolare infinita.

## CONCLUSIONI

Non essendo una grande esperta, consapevole dei miei limiti di competenza e di cultura al riguardo, chiedo scusa per eventuali e involontarie approssimazioni: in questi percorsi spesso mi guida la curiosità che aumenta tanto più è complesso il personaggio da conoscere e le sue opere.

Non so se, come compagni di viaggio, siate stati o meno contaminati e sia nato in voi in desiderio di approfondire, magari attraverso la partecipazione alla mostra di Milano, la conoscenza dell'artista e del Movimento a cui appartiene... Certo è che la curiosità ci muove verso orizzonti sconosciuti, ci induce in percorsi di conoscenza che spesso ci sorprendono e ci riservano lati inaspettati...

Chi, compreso me, avrebbe mai detto, vedendo un quadro di Pollock, che potesse contenere tante cose? Che potesse nascondere una ricerca, a volte sofferta e disperata?

Lasciarsi rapire dalle sensazioni... gustarle e comprenderle...

Mai fermarsi alla superficie...

\* Infermiere coordinatore.

Consigliere del Collegio IP.AS.VI. di Brescia

*"Tutti gli uomini sono protesi per natura alla conoscenza: ne è un segno evidente la gioia che essi provano per le sensazioni, giacché queste, anche se si metta da parte l'utilità che ne deriva, sono amate di per sé, e più di tutte le altre è amata quella che si esercita mediante gli occhi. Infatti noi preferiamo, per così dire, la vista a tutte le altre sensazioni, non solo quando miriamo ad uno scopo pratico, ma anche quando non intendiamo compiere alcuna azione. E il motivo sta nel fatto che questa sensazione, più di ogni altra, ci fa acquistare conoscenza e ci presenta con immediatezza una molteplicità di differenze."*

**Aristotele**

# Sul prossimo numero

## L'evoluzione dei modelli assistenziali

L'evoluzione dei modelli assistenziali sta favorendo sempre più l'integrazione tra percorsi ospedalieri e territoriali, facendo emergere la straordinaria importanza di figure professionali che siano in grado di gestire processi orientati alla collettività e all'individuo, per una presa in carico dei cittadini che garantisca sul territorio la continuità assistenziale e l'integrazione tra i diversi erogatori di servizi sanitari (ospedale, territorio, MMG, farmacie), con particolare riferimento alla cronicità.

Questi sono i temi cui è dedicato il focus del prossimo numero di Tempo di Nursing e per questo invitiamo tutti i colleghi che lavorano negli ambiti dell'assistenza territoriale, o comunque extraospedaliera, a scrivere della propria esperienza sulle buone pratiche riguardanti argomenti quali:

- l'identificazione e l'analisi dei bisogni di salute delle persone, delle famiglie e delle comunità nel loro contesto;
- la gestione e l'articolazione integrata di reti che comprendono interventi domiciliari, semi residenziali e residenziali;
- la gestione delle dimissioni protette e il collegamento ospedale-territorio;
- la sperimentazione di progetti in cui si favorisca la partecipazione del cittadino nella gestione del SSN;
- esperienze di applicazione di modelli organizzativi innovativi e incentrati sull'integrazione dei servizi e degli operatori, per garantire la continuità, lo sviluppo del percorso assistenziale e un'assistenza centrata sulla persona.

In questa direzione si evolve anche l'infermieristica territoriale integrando i saperi dell'infermiere di comunità, che si propone da un lato come un professionista dotato di una competenza distintiva professionale nel settore delle cure primarie e dall'altro come gestore territoriale di casi complessi in grado di operare efficacemente all'interno di equipe multidisciplinari.



## NORME REDAZIONALI TEMPO DI NURSING

Le proposte di pubblicazione saranno accettate ad insindacabile giudizio del comitato di redazione. Ogni articolo esprime il lavoro e/o le convinzioni degli autori, i quali assumono la responsabilità di quanto dichiarato.

Gli articoli dovranno pervenire, esclusivamente per posta elettronica, su file Word (carattere Arial o Times New Roman 16pt per il titolo - 12pt per il testo - 10pt per didascalie e titoli di tabelle e figure, allineamento giustificato, interlinea 1, margini sup. 2,5 cm dx, sx e inf. 2 cm).

Nella prima pagina dovranno essere indicati:

1. Titolo dell'articolo
2. Autori con nomi completi e qualifiche professionali
3. Istituzioni di appartenenza (con indicazione delle città e sedi delle Istituzioni)
4. Recapiti per eventuali contatti - Nominativo dell'Autore a cui indirizzare l'eventuale corrispondenza, per il quale devono essere indicati: indirizzo postale (via, numero anagrafico, CAP, città); numero telefonico di più facile reperibilità; numero di fax e indirizzo di posta elettronica (e-mail).

Ogni pagina dovrà essere numerata a partire dalla prima.

Eventuali tabelle e/o figure (fotografie, disegni, ecc.) dovranno essere preparate su fogli separati.

Eventuali tabelle o diagrammi debbono essere citati sequenzialmente al testo e numerate progressivamente con numeri arabi (es. Tabella 3) (le tabelle dovranno essere complementari al testo e non contenere semplicemente una ripetizione dello stesso), nel testo dovrà essere indicato chiaramente il punto in cui dovrebbero apparire; ogni tabella dovrà avere un titolo (al di sopra della tabella) ed una didascalia breve (al di sotto della tabella).

Eventuali figure debbono essere citati sequenzialmente al testo e numerate progressivamente con numeri arabi (ad es. Figura 3); nel testo dovrà essere indicato chiara-

mente il punto in cui dovrebbero apparire; ogni figura dovrà avere un titolo (al di sopra della tabella) ed una didascalia breve (al di sotto della tabella).

È necessario allegare curriculum vitae formato europeo degli autori.

L'articolo dovrà essere strutturato come un articolo scientifico ovvero dovrà prevedere le seguenti voci:

- Introduzione (se ritenuto necessario)
- Obiettivo
- Scopo
- Metodi
- Risultati
- Discussione
- Conclusione
- Bibliografia (l'articolo dovrà prevedere in calce una bibliografia completa, esauriente e recente).

Citazioni bibliografiche:

I riferimenti bibliografici dovranno essere numerati (tra parentesi) nel testo, in ordine di citazione (citazioni identiche con lo stesso numero) ed elencati in ordine numerico nella bibliografia alla fine dell'articolo; in essa le citazioni bibliografiche dovranno contenere:

**Per i libri**

- Cognome e iniziali del nome dell'autore (o degli autori o curatori)
- Titolo e sottotitolo dell'opera.
- (Collana)
- numero dell'edizione (Es. 2a ed.) (se superiore alla prima),
- Luogo di edizione:
- Editore
- Anno

Esempio: Corradini L, Cattaneo P. Educare alla salute. Brescia: La Scuola, 1997.

**Per gli articoli di riviste**

- Cognome e iniziali del nome dell'autore (o degli autori)

- Titolo dell'articolo.
- Nome della rivista secondo le denominazioni internazionali (in forma estesa, oppure quando abitualmente utilizzata - nella forma abbreviata senza interpunzioni tra le iniziali)
- Anno di pubblicazione ed eventuale mese
- i numeri di riferimento nel seguente ordine e formato volume (numero): pagina iniziale - pagina finale.

Esempio:

Li Q, Zhang SM, Chen HT, Fang SP, Yu X, Liu D, Shi LY, Zeng FD. Awareness and attitudes of healthcare professionals in Wuhan, China to the reporting of adverse drug reactions. *Chin Med J (Engl)*. 2004 Jun;117(6):856-61.

È necessario allegare un abstract (Riassunto) di 300 parole al massimo, ed inoltre devono essere indicate da 3 a 5 parole chiave.

Quando l'articolo esprime, o può coinvolgere la responsabilità o l'immagine dell'istituzione di appartenenza, o quando gli autori parlano in nome della medesima, occorrerà allegare all'articolo o inviarla mezzo posta una liberatoria scritta dei relativi responsabili.

Il materiale inviato, sia esso accettato o meno per la pubblicazione, non verrà restituito.

Gli autori sono tenuti a specificare se la proposta di pubblicazione è stata inoltrata presso altre riviste.

Lavori, lettere, suggerimenti, commenti, proposte, interventi in genere, fotografie, vanno inviati a:

Segreteria di Redazione della Rivista c/o  
Collegio IPASVI di Brescia

Via P. Metastasio, 26 - 25126 BRESCIA  
Tel. 030 291478 - Fax. 030 43194  
www.ipasvibs.it - info@ipasvibs.it

Rivista trimestrale del Collegio I.P.A.S.V.I. di Brescia – N° 65/2013

Direttore responsabile: Stefano Bazzana

Responsabile comitato di redazione: Anna Maria Iannelli

Comitato di redazione: Diego Amoruso, Stefano Bazzana, Maria Audenzia Conti, Angela Di Giaimo, Anna Maria Iannelli, Moreno Crotti Partel, Ermellina Zanetti

Hanno collaborato a questo numero: Stefano Bazzana, Valter Tarchini, Marco Torriani, Stefania Bossoni, Marco Romele, Fabio Stanga, Pasquale La Torre, Ermellina Zanetti, Gianfranco Marta e Elena Ferrari, Angela Di Giaimo, Anna Maria Iannelli

Direzione, Redazione, Amministrazione: Via Pietro Metastasio 26/a - Brescia - Tel. 030 291478 - Fax 030 43194

Fotocomposizione e Stampa: Com&Print Srl (BS) - Via della Cascina Pontevecchia, 40 - 25124 Brescia - Tel. 030.2161291

Registrazione: n° 37/90 del 21 luglio 1990 del Tribunale di Brescia

Distribuzione e Abbonamento:

La rivista è inviata gratuitamente a tutti gli iscritti al Collegio IPASVI di Brescia.

Per i non iscritti il costo dell'abbonamento annuo è di euro 10,00. Singolo fascicolo euro 2,58

Editore: Collegio Infermieri Professionali, Assistenti Sanitari e Vigilatrici d'infanzia della Provincia di Brescia

Tutti coloro che desiderano inviare materiale per la pubblicazione dovranno recapitarlo alla Segreteria di Redazione della Rivista presso: Collegio I.P.A.S.V.I., Via Pietro Metastasio 26/a – Brescia oppure via email in formato Word all'indirizzo: info@ipasvibs.it

Gli articoli firmati impegnano soltanto gli autori, benché approvati dal Comitato di Redazione.

# Tempo di Nursing

Infermieri professionali assistenti sanitari vigilatrici d'infanzia

