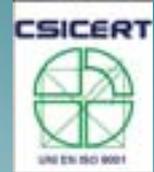




# Scripta Manent

n. 43  
SINCERT



*Notiziario a cura del Collegio IPASVI Bergamo*

## In difesa della nostra identità



**Roma, 12 ottobre 2006:  
migliaia di Infermieri in piazza per dire  
“NO!” al tentativo di abolire gli ordini professionali**

12 Ottobre 2006: Gli Infermieri in piazza.....	pag.	3
<i>Editoriale a cura di Beatrice Mazzoleni</i>		
Pugnochiuso: un importante arricchimento professionale.....	pag.	9
<i>A cura di Simone Jamoletti</i>		
Una podista in mezzo a noi.....	pag.	12
<i>A cura di Elena Bongiorno</i>		
Rodi, 4/8 ottobre 2006: 16° Congresso EADV e 8° Congresso ESNN.....	pag.	14
<i>A cura di Angelo Bicchi</i>		
Mass Casualty Management for Nurses:.....	pag.	15
Israele 4/18 dicembre 2005		
<i>A cura di Angelo Agostini</i>		
12 maggio: Giornata Internazionale dell'Infermiere.....	pag.	20
<i>A cura di Flavia Zanella, Annamaria Dorigatti, Marina Lanzi, Marco Mazzoleni, Paola Pennacchio</i>		
La Commissione Biblioteca ricerca nuovi collaboratori.....	pag.	23
<i>A cura di Angelo Bicchi</i>		
Il Consiglio risponde.....	pag.	23
<i>A cura di Massimiliano Russi</i>		

### Semestrale del Collegio IPASVI di Bergamo

#### **Proprietà, Redazione e Amministrazione:**

Collegio degli Infermieri Professionali, Assistenti Sanitari, Vigilatrici d'Infanzia IPASVI Bergamo, Via Borgo Palazzo n. 81 - 24125 Bergamo  
Tel. 035/217090, Fax 035/236332 e-mail collegio@infermieribergamo.it

**Registrazione:** Autorizzazione Tribunale di Bergamo n.12 del 14 Maggio 1994

**Direttore Responsabile:** Beatrice Mazzoleni

**Responsabile della Redazione:** Massimiliano Russi

**La Redazione:** Enzo Ambrosioni, Dolores Belometti, Gianluigi Bena, Angelo Bicchi, Elena Bongiorno, Annagrazia Casati, Viviana Cittadino, Annamaria Dorigatti, Raffaella Felappi, Simone Jamoletti, Marina Lanzi, Marco Mazzoleni, Cesare Moro, Aurelia Pawlicka, Paola Pennacchio, Chiara Pirola, Flavia Zanella.

**Responsabile sito internet:** Gian Luigi Bena

**Progetto grafico:** Gierre snc, via A. Corti 51, Bergamo. Tel 035 4243057

**Stampa:** Novecento Grafico s.r.l. Via Pizzo Redorta 12/a - Bergamo tel. 035 295370

Per partecipare attivamente alle iniziative del tuo collegio, iscriverti ai corsi di aggiornamento, ricevere in tempo reale le informazioni riguardanti il mondo infermieristico, puoi iscriverti alla **mailing-list** accedendo al nostro sito ([www.ipasvibergamo.it](http://www.ipasvibergamo.it)) e consultando la sezione dedicata.

Orario apertura uffici: Lunedì, Martedì, Giovedì, Venerdì 9.30 - 12.00 / 14.00 - 17.30. Giorno di chiusura: Mercoledì

Si ricorda che è possibile certificare l'iscrizione all'albo mediante **autocertificazione** (DPR 28/12/2000 n.445).

Per poter esercitare questo diritto il cittadino deve ricordare che:

- ci si può avvalere dell'autocertificazione solo nel rapporto con le Amministrazioni pubbliche dello Stato, con le Regioni, i Comuni, gli Enti di diritto pubblico.
- La legge prevede severe sanzioni penali per chi attesta false attestazioni o mendaci dichiarazioni.

## 12 ottobre 2006: gli infermieri in piazza

3

A cura di Beatrice Mazzoleni, Presidente Collegio IPASVI di Bergamo

**A**pochi mesi dall'approvazione della tanto attesa Legge 43 - 1 febbraio 2006 "Disposizioni in materia di professioni sanitarie infermieristiche, ostetriche, riabilitative, tecnico - sanitarie e della prevenzione e delega al Governo per l'istituzione dei relativi ordini professionali", (approvata sia dalla maggioranza che dall'opposizione, con la sola astensione di Rifondazione Comunista), tutte le speranze maturate durante il periodo estivo nell'attesa del Decreto di attuazione della Delega, sono svanite a fine agosto con la proroga a 12 mesi. In questo modo il Governo si è dato tempo fino al 4 settembre 2007.

In una nota del Ministero si legge come motivazione: "affrontare con attenzione la materia, insieme alle diverse professioni, e per ric collegare la regolamentazione del settore all'interno della annunciata più ampia riforma di tutti gli Ordini professionali".

Apparentemente è venuta a mancare l'iniziale unità all'interno del Governo che assicurava l'imminente passaggio da Collegio a Ordine.

Possiamo dire che tutti gli avvenimenti che hanno coinvolto le altre professioni, quali farmacisti, notai e altri, avevano fatto sorgere in noi delle perplessità, che oggi si sono concretizzate.

Sappiamo che gli Onorevoli Rutelli, Amato, Bonino e altri rappresentanti, si sono dichiarati contrari all'istituzione di nuovi ordini, parlando di meccanismi corporativi e di lobby e appoggiando la liberalizzazione.

Dovrebbero però ricordare che per quanto ci riguarda, non chiediamo l'istituzione

di un nuovo Ordine professionale, bensì solo la ridefinizione del Collegio.

Tutt'ora il Ministro della Salute Livia Turco, durante gli incontri avuti con i rappresentanti delle professioni, assicura la volontà di far progredire l'iter della L.43 e questo continua a farci sperare in uno sblocco tempestivo della situazione attuale.

Non intendo però soffermarmi sulle intricate motivazioni forniteci dai diversi politici, bensì sull'effetto che questa proroga ha provocato all'interno della nostra professione.

Un'onda di malcontento ha travolto gli Infermieri portandoli, il 12 ottobre u.s., a scendere in piazza a Roma per manifestare il malcontento e rivendicare ciò che di diritto ci spetta ormai da tempo.

La manifestazione, indetta dal CUP (Comitato Unitario delle Professioni), ha visto per la prima volta affiancarsi tutte le professioni, dai medici ai notai, dai veterinari agli avvocati, e così via.

Durante il comizio sono state evidenziate le



## 4

12 ottobre 2006:  
gli infermieri in piazza

diverse motivazioni che hanno portato le varie categorie a scendere in piazza, prima fra tutte il Decreto Bersani.

Purtroppo è stato palese il tentativo dell'organizzazione di strumentalizzare la presenza degli Infermieri, come di tutti gli altri professionisti, contro il Governo.

Gli oltre 7 mila colleghi presenti, sono stati rappresentati durante il comizio dalla Presidente Nazionale Annalisa Silvestro. È stato precisato che la nostra presenza andava oltre qualsiasi schieramento politico e che eravamo presenti in qualità di professionisti.

È stata rivendicata la necessità di passaggio ad Ordine sottolineando l'intellettualità della nostra professione e la rappresentatività del Collegio quale organismo garante di un servizio alla persona ed evidenziando la volontà di tutelare il cittadino.

Gli Infermieri contribuiscono attivamente al buon funzionamento della sanità e hanno manifestato "per tutelare i cittadini, per difendere la nostra professionalità e per costruire un Paese moderno al passo con l'Europa".

Ci tengo a ringraziare tutti i colleghi, che con grandi difficoltà, sono venuti a Roma in rappresentanza del Collegio di Bergamo, ma anche gli Infermieri che in piazza non c'erano perché impegnati a garantire l'assistenza negli ospedali, sul territorio e in tutti gli ambiti lavorativi. Molti di loro hanno espresso la loro solidarietà scrivendo in Collegio.

Spero che l'attuale situazione si vada presto risolvendo, ma anche se così non fosse, sono sicura che gli Infermieri saranno pronti a rendersi nuovamente partecipi delle manifestazioni a tutela della nostra categoria.

**Il Presidente  
Inf. Beatrice Mazzoleni**



**Legge 1 febbraio 2006, n. 43****“Disposizioni in materia di professioni sanitarie infermieristiche, ostetrica, riabilitative, tecnico-sanitarie e della prevenzione e delega al Governo per l’istituzione dei relativi ordini professionali”**

pubblicata nella Gazzetta Ufficiale n. 40 del 17 febbraio 2006

**ART. 1. > Definizione**

1. Sono professioni sanitarie infermieristiche, ostetrica, riabilitative, tecnico-sanitarie e della prevenzione, quelle previste ai sensi della legge 10 agosto 2000, n. 251, e del decreto del Ministro della sanità 29 marzo 2001, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 118 del 23 maggio 2001, i cui operatori svolgono, in forza di un titolo abilitante rilasciato dallo Stato, attività di prevenzione, assistenza, cura o riabilitazione.
2. Resta ferma la competenza delle regioni nell’individuazione e formazione dei profili di operatori di interesse sanitario non riconducibili alle professioni sanitarie come definite dal comma 1.
3. Le norme della presente legge si applicano alle regioni a statuto speciale e alle province autonome di Trento e di Bolzano in quanto compatibili con i rispettivi statuti speciali e le relative norme di attuazione.

**ART. 2. > Requisiti**

1. L’esercizio delle professioni sanitarie di cui all’articolo 1, comma 1, è subordinato al conseguimento del titolo universitario rilasciato a seguito di esame finale con valore abilitante all’esercizio della professione. Tale titolo universitario è definito ai sensi dell’articolo 4, comma 1, lettera c), è valido sull’intero territorio nazionale nel rispetto della normativa europea in materia di libera circolazione delle professioni ed è rilasciato a seguito di un percorso formativo da svolgersi in tutto o in parte presso le aziende e le strutture del Servizio sanitario nazionale, inclusi gli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS), individuate dalle regioni, sulla base di appositi protocolli d’intesa tra le stesse e le università, stipulati ai sensi dell’articolo 6, comma 3, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni. Fermo restando il titolo universi-

tario abilitante, il personale del servizio sanitario militare, nonché quello addetto al comparto sanitario del Corpo della guardia di finanza, può svolgere il percorso formativo presso le strutture del servizio stesso, individuate con decreto del Ministro della salute, che garantisce la completezza del percorso formativo. Per il personale addetto al settore sanitario della Polizia di Stato, alle medesime condizioni, il percorso formativo può essere svolto presso le stesse strutture della Polizia di Stato, individuate con decreto del Ministro dell’interno di concerto con il Ministro della salute, che garantisce la completezza del percorso formativo.

2. Gli ordinamenti didattici dei corsi di laurea di cui al comma 1 sono definiti con uno o più decreti del Ministro dell’istruzione, dell’università e della ricerca, di concerto con il Ministro della salute, ai sensi e per gli effetti di cui all’articolo 17, comma 95, della legge 15 maggio 1997, n. 127, e successive modificazioni. L’esame di laurea ha valore di esame di Stato abilitante all’esercizio della professione. Dall’applicazione delle disposizioni di cui al presente comma non devono derivare nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica. Le università possono procedere alle eventuali modificazioni dell’organizzazione didattica dei corsi di laurea già esistenti, ovvero all’istituzione di nuovi corsi di laurea, nei limiti delle risorse a tal fine disponibili nei rispettivi bilanci.
3. L’iscrizione all’albo professionale è obbligatoria anche per i pubblici dipendenti ed è subordinata al conseguimento del titolo universitario abilitante di cui al comma 1, salvaguardando comunque il valore abilitante dei titoli già riconosciuti come tali alla data di entrata in vigore della presente legge.
4. L’aggiornamento professionale è effettuato secondo modalità identiche a quelle previste per la professione medica.

5. All'articolo 3-bis, comma 3, lettera b), del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, sono aggiunte, in fine, le seguenti parole: ", ovvero espletamento del mandato parlamentare di senatore o deputato della Repubblica nonché di consigliere regionale".
6. All'articolo 16-bis del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, dopo il comma 2 è aggiunto il seguente: "2-bis. I laureati in medicina e chirurgia e gli altri operatori delle professioni sanitarie, obbligati ai programmi di formazione continua di cui ai commi 1 e 2, sono esonerati da tale attività formativa limitatamente al periodo di espletamento del mandato parlamentare di senatore o deputato della Repubblica nonché di consigliere regionale".

#### **ART. 3. > Istituzione degli ordini delle professioni sanitarie**

1. In ossequio all'articolo 32 della Costituzione e in conseguenza del riordino normativo delle professioni sanitarie avviato, in attuazione dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421, dal decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, dal decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517, e dal decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229, nonché delle riforme degli ordinamenti didattici adottate dal Ministero dell'istruzione, dell'università e della ricerca, al fine di adeguare il livello culturale, deontologico e professionale degli esercenti le professioni in ambito sanitario a quello garantito negli Stati membri dell'Unione europea, la presente legge regola le professioni sanitarie di cui all'articolo 1, nel rispetto dei diversi iter formativi, anche mediante l'istituzione dei rispettivi ordini ed albi, ai quali devono accedere gli operatori delle professioni sanitarie esistenti, nonché di quelle di nuova configurazione.

#### **ART. 4. > Delega al Governo per l'istituzione degli ordini ed albi professionali**

1. Il Governo è delegato ad adottare, entro sei mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, uno o più decreti legislativi al fine di istituire, per le professioni sanitarie di cui all'articolo 1, comma 1, i relativi ordini professionali, senza

nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica, nel rispetto delle competenze delle regioni e sulla base dei seguenti principi e criteri direttivi:

- a) trasformare i collegi professionali esistenti in ordini professionali, salvo quanto previsto alla lettera b) e ferma restando, ai sensi della legge 10 agosto 2000, n. 251, e del citato decreto del Ministro della sanità 29 marzo 2001, l'assegnazione della professione dell'assistente sanitario all'ordine della prevenzione, prevedendo l'istituzione di un ordine specifico, con albi separati per ognuna delle professioni previste dalla legge n. 251 del 2000, per ciascuna delle seguenti aree di professioni sanitarie: area delle professioni infermieristiche; area della professione ostetrica; area delle professioni della riabilitazione; area delle professioni tecnico-sanitarie; area delle professioni tecniche della prevenzione;
- b) aggiornare la definizione delle figure professionali da includere nelle fattispecie di cui agli articoli 1, 2, 3 e 4 della legge 10 agosto 2000, n. 251, come attualmente disciplinata dal decreto ministeriale 29 marzo 2001;
- c) individuare, in base alla normativa vigente, i titoli che consentano l'iscrizione agli albi di cui al presente comma;
- d) definire, per ciascuna delle professioni di cui al presente comma, le attività il cui esercizio sia riservato agli iscritti agli ordini e quelle il cui esercizio sia riservato agli iscritti ai singoli albi;
- e) definire le condizioni e le modalità in base alle quali si possa costituire un unico ordine per due o più delle aree di professioni sanitarie individuate ai sensi della lettera a);
- f) definire le condizioni e le modalità in base alle quali si possa costituire un ordine specifico per una delle professioni sanitarie di cui al presente comma, nell'ipotesi che il numero degli iscritti al relativo albo superi le ventimila unità, facendo salvo, ai fini dell'esercizio delle attività professionali, il rispetto dei diritti acquisiti dagli iscritti agli altri albi dell'ordine originario e prevedendo che gli oneri della costituzione siano a totale carico degli iscritti al nuovo ordine;
- g) prevedere, in relazione al numero degli operatori, l'articolazione degli ordini a livello provin-

## 12 ottobre 2006: gli infermieri in piazza

7

ciale o regionale o nazionale;

**h)** disciplinare i principi cui si devono attenere gli statuti e i regolamenti degli ordini neocostituiti;

**i)** prevedere che le spese di costituzione e di funzionamento degli ordini ed albi professionali di cui al presente articolo siano poste a totale carico degli iscritti, mediante la fissazione di adeguate tariffe;

**l)** prevedere che, per gli appartenenti agli ordini delle nuove categorie professionali, restino confermati gli obblighi di iscrizione alle gestioni previdenziali previsti dalle disposizioni vigenti.

2. Gli schemi dei decreti legislativi predisposti ai sensi del comma 1, previa acquisizione del parere della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, sono trasmessi alle Camere ai fini dell'espressione dei pareri da parte delle Commissioni parlamentari competenti per materia, che sono resi entro quaranta giorni dalla data di trasmissione. Decorso tale termine, i decreti sono emanati anche in mancanza dei pareri. Qualora il termine previsto per i pareri dei competenti organi parlamentari scada nei trenta giorni che precedono o seguono la scadenza del termine di cui al comma 1, quest'ultimo s'intende automaticamente prorogato di novanta giorni.

### ART. 5. > Individuazione di nuove professioni in ambito sanitario

1. L'individuazione di nuove professioni sanitarie da ricomprendere in una delle aree di cui agli articoli 1, 2, 3 e 4 della legge 10 agosto 2000, n. 251, il cui esercizio deve essere riconosciuto su tutto il territorio nazionale, avviene in sede di recepimento di direttive comunitarie ovvero per iniziativa dello Stato o delle regioni, in considerazione dei fabbisogni connessi agli obiettivi di salute previsti nel Piano sanitario nazionale o nei Piani sanitari regionali, che non trovano rispondenza in professioni già riconosciute.
2. L'individuazione è effettuata, nel rispetto dei principi fondamentali stabiliti dalla presente legge, mediante uno o più accordi, sanciti in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento

e di Bolzano, ai sensi dell'articolo 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, e recepiti con decreti del Presidente della Repubblica, previa deliberazione del Consiglio dei ministri.

3. L'individuazione è subordinata ad un parere tecnico-scientifico, espresso da apposite commissioni, operanti nell'ambito del Consiglio superiore di sanità, di volta in volta nominate dal Ministero della salute, alle quali partecipano esperti designati dal Ministero della salute e dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano e i rappresentanti degli ordini delle professioni di cui all'articolo 1, comma 1, senza oneri a carico della finanza pubblica. A tal fine, la partecipazione alle suddette commissioni non comporta la corresponsione di alcuna indennità o compenso né rimborso spese.
4. Gli accordi di cui al comma 2 individuano il titolo professionale e l'ambito di attività di ciascuna professione.
5. La definizione delle funzioni caratterizzanti le nuove professioni avviene evitando parcellizzazioni e sovrapposizioni con le professioni già riconosciute o con le specializzazioni delle stesse.

### ART. 6. > Istituzione della funzione di coordinamento

1. In conformità all'ordinamento degli studi dei corsi universitari, disciplinato ai sensi dell'articolo 17, comma 95, della legge 15 maggio 1997, n. 127, e successive modificazioni, il personale laureato appartenente alle professioni sanitarie di cui all'articolo 1, comma 1, della presente legge, è articolato come segue:
  - a)** professionisti in possesso del diploma di laurea o del titolo universitario conseguito anteriormente all'attivazione dei corsi di laurea o di diploma ad esso equipollente ai sensi dell'articolo 4 della legge 26 febbraio 1999, n. 42;
  - b)** professionisti coordinatori in possesso del master di primo livello in management o per le funzioni di coordinamento rilasciato dall'università ai sensi dell'articolo 3, comma 8, del regolamento di cui al decreto del Ministro dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica 3 novembre 1999, n. 509, e dell'articolo 3, comma 9, del re-

golamento di cui al decreto del Ministro dell'istruzione, dell'università e della ricerca 22 ottobre 2004, n. 270;

**c)** professionisti specialisti in possesso del master di primo livello per le funzioni specialistiche rilasciato dall'università ai sensi dell'articolo 3, comma 8, del regolamento di cui al decreto del Ministro dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica 3 novembre 1999, n. 509, e dell'articolo 3, comma 9, del regolamento di cui al decreto del Ministro dell'istruzione, dell'università e della ricerca 22 ottobre 2004, n. 270;

**d)** professionisti dirigenti in possesso della laurea specialistica di cui al decreto del Ministro dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica 2 aprile 2001, pubblicato nel supplemento ordinario alla Gazzetta Ufficiale n. 128 del 5 giugno 2001, e che abbiano esercitato l'attività professionale con rapporto di lavoro dipendente per almeno cinque anni, oppure ai quali siano stati conferiti incarichi dirigenziali ai sensi dell'articolo 7 della legge 10 agosto 2000, n. 251, e successive modificazioni.

2. Per i profili delle professioni sanitarie di cui al comma 1 può essere istituita la funzione di coordinamento, senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica. A tal fine, l'eventuale conferimento di incarichi di coordinamento ovvero di incarichi direttivi comporta per le organizzazioni sanitarie e socio-sanitarie pubbliche interessate, ai sensi dell'articolo 7 della legge 10 agosto 2000, n. 251, l'obbligo contestuale di sopprimere nelle piante organiche di riferimento un numero di posizioni effettivamente occupate ed equivalenti sul piano finanziario.
3. I criteri e le modalità per l'attivazione della funzione di coordinamento in tutte le organizzazioni sanitarie e socio-sanitarie pubbliche e private sono definiti, entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, con apposito accordo, ai sensi dell'articolo 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Ministro della salute e le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano.
4. L'esercizio della funzione di coordinamento è espletato da coloro che siano in possesso dei seguenti requisiti:

**a)** master di primo livello in management o per le funzioni di coordinamento nell'area di appartenenza, rilasciato ai sensi dell'articolo 3, comma 8, del regolamento di cui al decreto del Ministro dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica 3 novembre 1999, n. 509, e dell'articolo 3, comma 9, del regolamento di cui al decreto del Ministro dell'istruzione, dell'università e della ricerca 22 ottobre 2004, n. 270;

**b)** esperienza almeno triennale nel profilo di appartenenza.

5. Il certificato di abilitazione alle funzioni direttive nell'assistenza infermieristica, incluso quello rilasciato in base alla pregressa normativa, è valido per l'esercizio della funzione di coordinatore.
6. Il coordinamento viene affidato nel rispetto dei profili professionali, in correlazione agli ambiti ed alle specifiche aree assistenziali, dipartimentali e territoriali.
7. Le organizzazioni sanitarie e socio-sanitarie, pubbliche e private, nelle aree caratterizzate da una determinata specificità assistenziale, ove istituiscano funzioni di coordinamento ai sensi del comma 2, affidano il coordinamento allo specifico profilo professionale.

#### ART. 7. > Disposizioni finali

1. Alle professioni sanitarie infermieristiche, ostetrica, riabilitative, tecnico-sanitarie e della prevenzione già riconosciute alla data di entrata in vigore della presente legge continuano ad applicarsi le disposizioni contenute nelle rispettive fonti di riconoscimento, salvo quanto previsto dalla presente legge.
2. Con il medesimo procedimento di cui all'articolo 6, comma 3, della presente legge, in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, previa acquisizione del parere degli ordini professionali delle professioni interessate, si può procedere ad integrazioni delle professioni riconosciute ai sensi dell'articolo 6, comma 3, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni.
3. La presente legge non comporta nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica.

# Pugnochiuso: un importante arricchimento professionale

9

A cura di Simone Jamoletti

Si è tenuto a Pugnochiuso (FG), dal 21 al 24 maggio, un Convegno dal titolo "Infermiere e le frontiere del nuovo sapere", organizzato da 15 Collegi IPASVI, tra cui quello di Bergamo che ha partecipato con circa 20 iscritti.

Si è trattato di giornate molto intense sia dal punto di vista formativo che dal punto di vista di aggregazione e conoscenza di realtà diverse.

Si è partiti analizzando lo stato dell'arte della formazione infermieristica in Università.

Al di là delle gratificazioni personali che spingono le nuove leve ad intraprendere il percorso formativo infermieristico, la nostra professione resta ancora oggi una tra le meno ambite, sia per il basso riconoscimento sociale, sia per la grande responsabilità unita ad una altrettanto bassa remunerazione.

Purtroppo l'opinione pubblica, soprattutto i "media" tendono a confondere la figura dell'Infermiere accusandola, spesso a sproposito, di azioni avventate o errori, tralasciando i numerosi gesti di grande professionalità e coraggio che compiono quotidianamente i nostri Collegi.

Per migliorare la nostra immagine è necessario dunque lavorare su tre livelli:

- sistema formativo;
- modelli organizzativi;
- sistemi di cura.

Per quanto riguarda l'evoluzione formativa, grossi passi in avanti sono stati compiuti con l'introduzione della Laurea (triennale), i Master di 1° e 2° livello, i Dottorati di ricerca e le Lauree Specialistiche.

Grazie a questi nuovi percorsi formativi nell'anno accademico 2005/2006 sono stati coinvolti 39 Atenei con 197 Sedi (corsi attivati) con una media di posti per sede di 65 unità.

Un grosso incremento di studenti che scelgono la nostra Professione ma che non è anco-

ra sufficiente, se pensiamo che la media Infermiere/1000 abitanti in Italia è 5,4 collocandosi solo al 17° posto (su 20) in Europa.

## Medici per 1.000 abitanti (2003)

- RAPPORTO ANNUALE HEALTH DATA - OCSE -

Paese	Medici
Grecia	4,4
Italia	4,1
Belgio	3,9
Repubblica Ceca	3,5
Germania	3,4
Austria	3,4
Francia	3,4
Portogallo	3,3
Svezia	3,3
Ungheria	3,2
Spagna	3,2
Olanda	3,1
Norvegia	3,1
Slovacchia	3,1
Danimarca	2,9
Lussemburgo	2,7
Irlanda	2,6
Finlandia	2,6
Polonia	2,5
Regno Unito	2,2

## Infermieri per 1.000 abitanti (2003)

- RAPPORTO ANNUALE HEALTH DATA - OCSE -

Paese	Infermieri
Irlanda	14,8
Olanda	12,8
Lussemburgo	10,6
Norvegia	10,4
Danimarca	10,3
Svezia	10,2
Regno Unito	9,7
Germania	9,7
Repubblica Ceca	9,4
Austria	9,4
Finlandia	9,3



## Pugnochiuso: un importante arricchimento professionale

Ungheria	8,6
Spagna	7,5
Francia	7,3
Slovacchia	6,5
Belgio	5,8
Italia	5,4
Polonia	4,9
Portogallo	4,2
Grecia	3,9

L'evoluzione professionale deve quindi prevedere dei cambiamenti nella formazione dei Professionisti, nell'organizzazione del lavoro e nei livelli di responsabilità.

Altrettanto necessaria appare la valorizzazione della Professione Infermieristica, per la quale si impone la nascita di una "nuova cultura della Professione".

Come spiegava la collega Di Giacomo nel suo intervento, gli obiettivi formativi necessari saranno quindi: l'acquisizione e la padronanza delle necessarie competenze professionali da spendere immediatamente nell'ambiente di lavoro, allo scopo del raggiungimento dell'autonomia: non si può essere autonomi se non si è competenti.

La formazione si presenta oggi come un campo di pratiche eterogenee aventi come soggetti noi Professionisti.

La formazione è quindi attività il cui obiettivo è il sapere e la promozione, diffusione, aggiornamento nonché la promozione, formazione, aggiornamento dei MODI di utilizzo di tale sapere. Ogni attività di formazione quindi, si propone di produrre un cambiamento; la formazione crea competenza cioè la capacità di fare fronte ad un compito, o a un insieme di compiti, riuscendo a mettere in moto e orchestrare le proprie risorse interne cognitive, affettive e volitive e a utilizzare quelle esterne disponibili in modo coerente e fecondo.

Ogni professionalità tecnica dovrà essere so-

stenuta da una sempre più forte valenza culturale che dovrà essere, a sua volta, sempre collegata alla realtà del lavoro e al suo evolvere.

La formazione deve quindi riconsiderare la funzione dello studio, riqualificare il lavoro, sviluppare una convinta funzione di promozione etica.

Tutto questo percorso formativo servirà a far cambiare l'immagine della Professione Infermieristica.

Domandiamoci: quanti Italiani sanno che ci formiamo in Università? Quanti cittadini conoscono l'esistenza dei liberi professionisti? Quanti Italiani sanno che esiste l'obbligo di appartenenza ad un Albo Professionale? Quanti Italiani ritengono l'Infermiere responsabile di una gran parte del processo assistenziale?

Come spiegava Muttillo nella sua relazione, troppo spesso sulle pagine dei quotidiani appaiono titoli "urlati" contro la nostra Professione, ma non sempre, o meglio quasi mai, si tratta di Infermieri.

Solo per fare qualche esempio:

- ricoverata in Ospedale denuncia abusi sessuali da un Infermiere - Corriere della Sera 12 maggio - si trattava di un ausiliario;
- infermiere che derubava i malati mentali - Metro 10 maggio - si trattava di un amministrativo;
- violentata sull'ambulanza, sotto accusa un Infermiere - Cronaca di Milano 20 ottobre - non era un Infermiere.

Al di là di questi ed altri spiacevoli episodi che ci vedono come categoria tirati in ballo ingiustamente, occorre migliorare l'immagine della professione infermieristica conquistando la fiducia dei cittadini, raccontando la "Professione" e comunicando di più, denunciando comportamenti scorretti, non permettendo che lo facciano gli altri.

Come constatava Falli di La Spezia, fra gli Infermieri italiani è diffuso un sentimento comu-

## Pugnochiuso un importante arricchimento professionale



ne di cattiva conoscenza, da parte del cittadino medio e degli stessi strumenti di informazione, di quello che veramente si trova davanti un Infermiere nell'esercizio del suo lavoro, il carico di responsabilità a cui ogni giorno è sottoposto e che gestisce nell'interesse del Paziente.

Troppe volte l'Infermiere viene confuso con una serie di altre figure che hanno in comune solo la divisa bianca; curiosamente queste altre figure (Ausiliari, Operatori di Supporto ecc.) spesso si qualificano in pubblico come Infermieri...

Cosa si può fare per convincere il mondo della comunicazione e la società che l'Infermiere è a tutti gli effetti un Professionista sanitario responsabile dell'assistenza rivolta ai Pazienti, come recita il regolamento che governa la Professione (il Profilo Professionale del 1994) e che non basta indossare una divisa qualunque per definirsi "Infermiere"?

Una ipotesi può essere quella di recuperare le motivazioni che ci hanno portato a fare la scelta di questa Professione, motivazioni che sono difficili da sollecitare e sviluppare in una situazione come quella attuale, dove alla categoria professionale infermieristica sono riservate molte responsabilità e pochissime soddisfazioni. Un Infermiere potrebbe, attraverso un reale percorso di presa di coscienza interiore, affermare la sua professionalità per affermare sé stesso e la categoria tutta; atteggiamenti poco professionali da parte di un Infermiere rappresentano un freno, una zavorra alla crescita dell'intero gruppo professionale. È necessario ricordare con convinzione che nessuno regalerà niente a questa categoria; è quindi indispensabile lavorare ogni giorno su temi che fino ad oggi ci sono appartenuti solo sulla carta: l'educazione sanitaria e la corretta gestione della propria professionalità.

Provocatoriamente potremmo affermare che il

peggior nemico dell'Infermiere è l'Infermiere; un professionista che certamente sa raccontarsi male, descriversi con fatica, venderci - nel senso della comunicazione - con grande difficoltà ed una profonda inesperienza del concetto di "autonomia".

Come sottolineava Martellotti, è indispensabile liberarsi da un linguaggio troppo specifico, occorre avere un atteggiamento di collaborazione e di critica costruttiva nei confronti dei giornalisti.

Per evitare che vengano scritti articoli come quelli sopracitati occorre definire un piano di comunicazione, strategia, obiettivi e strumenti (siti internet, riviste, ufficio stampa ecc.) coordinando l'azione della Federazione e dei Collegi. Ma, cosa più importante, i comunicatori mediatici cedono sempre il passo di fronte a quelli in carne e ossa, nessuno stereotipo potrà modificare le convinzioni scaturite dai rapporti reali della gente con gli Infermieri.

**I PRIMI COMUNICATORI DI SÉ STESSI SONO E RESTANO GLI INFERMIERI.**

L'introduzione di nuove figure sanitarie di supporto (OTA-OSS-ASA ecc.) se da un lato aumenta le possibilità assistenziali, dall'altro pone il problema della riconoscibilità dell'Infermiere.

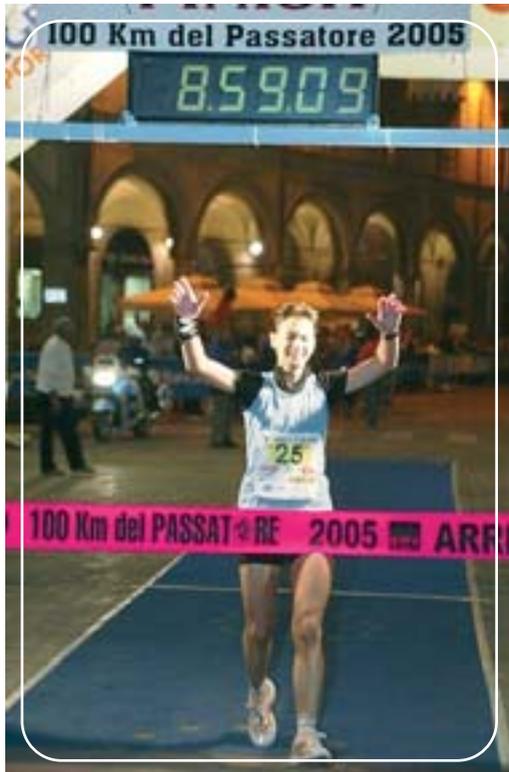
Come rendere più riconoscibile la nostra Professione? Varie proposte sono state portate alla nostra attenzione tra cui:

- differenziare l'uniforme;
- evidenziare la figura dell'Infermiere (es. cartellino di riconoscimento e spilla IPASVI);
- creazione di un logo universalmente conosciuto per uscire dall'anonimato.

Tutte queste soluzioni possono portare a una nuova era della nostra Professione se tutti insieme cominciamo a pensare di non essere più al servizio dei Medici, ma una categoria di Professionisti della salute proiettati verso una competente autonomia.

## Una podista in mezzo a noi

A cura di Elena Bongiorno



**V**i presento Paola Sanna, un'Infermiera Speciale perché oltre a lavorare come turnista a tempo pieno presso gli Ospedali Riuniti di Bergamo, è un'affermata podista a livello internazionale.

Nata nel 1977, fa parte dal 2003 della Nazionale Italiana di Atletica dell'Ultramaratona, ed il suo gruppo sportivo attuale è ASD Runners Bergamo.

Partendo dal 2003, anno del suo debutto, il suo curriculum annovera: un secondo posto alla 100 Km del Passatore, valevole come campionato italiano della distanza su strada, con il tempo di 8h31'31", un primo posto alla maratona di Parma e alla 100Km su pista di Verona; un secondo posto assoluto al Campionato Mondiale della 100 Km su strada a

Taiwan con il tempo di 8h15'12".

Nel 2004 ha vinto: tre maratone, la 60 Km del Lago Trasimeno e la 6 ore su pista, stabilendo il nuovo record assoluto italiano sia di pista che di strada, ed il record europeo di categoria. Ha vinto anche alla 50 Km di San Remo, ed ha stabilito la seconda miglior prestazione femminile italiana ai Mondiali di Winschoten (Olanda) della 100 Km su strada.

Il 2005 annovera diversi primi posti: nella prima maratona della stagione, nella 60 Km del lago Trasimeno, nella 6 ore su pista e su strada e nella più famosa 100 Km del Mondo, il Passatore, che da Firenze porta a Faenza, e nella 8 ore di Capraia Fiorentina.

Nel 2006, per il terzo anno consecutivo ha ottenuto la miglior prestazione mondiale stagionale della 6 ore su strada, ed il secondo posto della 100 Km del Passatore con il tempo di 8h10'. Nel recente Mondiale dell'ultramaratona (100 Km su strada) svoltosi a Seoul l'8 ottobre, ha migliorato il proprio personale di 17' raggiungendo la quarta posizione assoluta con il tempo di 7h42'12", ha ricevuto invece la medaglia d'oro di squadra femminile italiana. Un solo appunto, ai Mondiali di Seoul si sono presentati solo tredici atleti italiani, tra maschi e femmine.

Ho l'onore di avere Paola Sanna come collega in U.t.i.c.. Non è stato difficile incontrarla, quindi, tra una consegna e l'altra le ho fatto alcune domande.

► Ciao Paola, quando è iniziata la tua passione per l'atletica, in particolare per la maratona?

La passione l'ho ereditata da mio papà, che era un podista a livello non agonistico. Dapprima ho iniziato a correre con lui ogni domenica, all'età di 19 anni, mentre le prime

## Una podista in mezzo a noi

13

gare erano inizialmente su pista (200 e 400 mt). Visto che i piazzamenti erano scarsi (non ero portata per la velocità) ho pensato di tentare percorsi più lunghi fino ad arrivare alla mezza maratona (21,097 Km). Dopo qualche gara su questa distanza la differenza si è notata. Nel 2002, ho deciso di partecipare alla 100 Km del Passatore insieme a mio papà (per lui è stata la quarta ed ultima partecipazione), e mi sono classificata subito al terzo posto femminile italiano.



► È stato difficile conciliare la passione per l'atletica con il lavoro che svolgi, cioè l'Infermiera?

Abbastanza, e spesso lo è tutt'ora. Nonostante mi piaccia fare l'Infermiera spesso il lavoro in corsia è gravoso e gli allenamenti ne risentono. Inoltre non posso non considerare che per alcune gare devo sostenere interamente la spesa per la partecipazione, poiché questo tipo di sport non è così prestigioso da attirare l'attenzione di sponsor. Non riuscirei comunque a non andare a correre, anche dopo un turno pesante... ci vuole molta passione!

► ... e di passione ne hai da vendere. Dopo questo Mondiale quali sono i tuoi prossimi obiettivi?

Mah... una maratona entro la fine dell'anno, probabilmente a Firenze. E per i prossimi dodici mesi il programma penso sarà simile a quello di quest'anno. Ora comunque ho bisogno di un periodo di riposo... meritato!

Dopo questo breve articolo avrai sicuramente un numero maggiore di tifosi, soprattutto Infermieri... e non è poco. Il Collegio è dalla tua parte e seguirà con trepidazione le tue prossime performance.

*in bocca al lupo paola,  
**IN BOCCA AL LUPO PAOLA,  
E NON MOLLARE!!!***



14

## Rodi, 4/8 ottobre 2006: 16° congresso EADV e 8° congresso ESNN

A cura di Angelo Bicchi\*

**N**ella bella e soleggiata cornice dell'isola di Rodi si è svolto il 16° Congresso dell'EADV che incorpora la partecipazione dello European Skin Care Nursing Net (ESNN), organizzazione europea di infermieri di dermatologia a sua volta sezione dello International Skin Care Nursing Group (ISNG), a sua volta sister society dell'EADV.

L'EADV è la European Accademy of Dermatology and Venerology ovvero l'Accademia Europea di Dermatologia e Venerologia fondata 15 anni fa da un gruppo di dermatologi principalmente italiani, al quale hanno aderito i medici di dermatologia europei. Ogni anno l'accademia si riunisce in un congresso europeo che vede la partecipazione, mediamente, di cinque/seimila medici, provenienti da non meno di cinquanta/sessanta paesi; è perciò un momento importante di scambio di informazioni e di formazione per la dermatologia in generale.

Nel 1998 durante un congresso mondiale di dermatologia tenutosi al Cairo, un gruppo di infermieri britannici e olandesi pensò fosse necessario creare un'organizzazione infermieristica che partecipasse a questo tipo di eventi; venne così fondato lo ISNG, che si occupa di formazione e di progetti nei paesi in via di sviluppo.

Attualmente lo ISNG è impegnato in una campagna contro la Filiriasi che colpisce circa 200 milioni di persone in tutto il mondo. Nel 1999 i colleghi infermieri pensarono pure di creare una organizzazione europea di infermieri di dermatologia che scambiassero informazioni e formazione attraverso il web. Venimmo invitati all'8° congresso della EADV ad Amsterdam e venne fondato lo ESNN. Al tempo gli stati rappresentati erano quelli del Regno Unito, dei Paesi Bassi, dei Paesi Scandinavi e l'Italia.

A me venne affidato il compito di formare il gruppo italiano di infermieri di dermatologia e finalmente, il 7 Giugno del 2005, nasceva l'Associazione Nazionale Italiana Infermieri di Dermatologia (A.N.I.I.D.) di cui sono il presidente. A ottobre dello stesso anno durante il congresso EADV tenutosi a Londra, per la prima volta una rappresentanza di infermieri italiani composta da me e dai colleghi di Siena ha relazionato riscuotendo il benvenuto da parte dei colleghi europei.

Quest'anno il congresso si è tenuto appunto a Rodi e, forse a causa della lontananza geografica unita al fatto che il prossimo congresso europeo si terrà a Maggio in Vienna, la partecipazione non è stata altissima. Oltre al sottoscritto erano presenti i colleghi Svizzeri, Inglesi, Irlandesi e Scozzesi. Attualmente si sta discutendo l'annosa questione di come coinvolgere maggiormente le realtà infermieristiche dermatologiche europee a questo progetto.

Ci si aspetterebbe un maggiore appoggio da parte dei medici e un maggior impegno da parte degli infermieri. L'A.N.I.I.D. sta operando in questo senso cercando di coinvolgere i colleghi di dermatologia dei paesi che si affacciano sul bacino mediterraneo; attualmente si è avuto un riscontro da parte dei colleghi spagnoli e ci auguriamo in un futuro non lontano di coinvolgere i colleghi greci e poi tutti quelli dell'area mediterranea. Non è un compito facile. Mettere d'accordo così tante realtà e così diverse tra loro diventa problematico, in primis il problema della lingua adottata ufficialmente che è l'inglese; inoltre, il problema dei finanziamenti (poche le ditte disposte a sponsorizzare infermieri), e in generale, a parte alcuni illuminati, un certo disinteresse da parte della classe medica.

Le relazioni infermieristiche riguardano il nursing del paziente dermatologico, spaziando dalla cura alla prevenzione, dal mostrare ciò che viene fatto nelle proprie dermatologie, alla ricerca.

Lo ESNN è una organizzazione in crescita, muove passi incerti cercando di trovare uno spazio nel variegato mondo della scienza infermieristica.

Come presidente della A.N.I.I.D. mi auguro che anche gli infermieri di dermatologia italiani diano il loro contributo in ambito europeo alla crescita della professione.

A tale proposito, ricordo che **il giorno 17 Novembre 2006 si terrà il primo Congresso Italiano degli Infermieri di Dermatologia**: è un invito a partecipare alla crescita della nostra presenza in Europa, e da parte mia è un invito a credere nella possibilità di migliorarci e acquistare un posto di primo piano anche in ambito europeo.

\*Presidente A.N.I.I.D.

# Mass Casualty Management for Nurses

1° corso: Israele 4-18 Dicembre 2005

15

A cura di Angelo Agostini

Lo scorso 4 Dicembre presso il Chaim Sheba Medical Center di Tel Ashomer- Tel Aviv ha avuto inizio il primo corso: "Mass Casualty Management for Nurses" organizzato dal Collegio IPASVI di Bergamo e dal Israel National Center for Trauma and Emergency Medicine Research - Gertner Institute for Epidemiology and Health Policy Research. Alla segreteria del Collegio IPASVI sono pervenute numerose domande, inoltrate da Infermieri estremamente qualificati e fortemente motivati, questo ha reso estremamente difficile la scelta dei partecipanti. Il gruppo selezionato è risultato composto da Infermieri provenienti da varie regioni e per la maggior parte operanti in DEU e PS.

## Didattica

Le lezioni hanno avuto luogo presso il Gertner Institute for Epidemiology and Health Policy Research e prevedevano una combinazione di lezioni frontali, simulazioni, esercitazioni ed affiancamenti. I docenti erano i maggiori esperti nel campo, provenienti dai principali Trauma Center di Israele e dal Servizio Sanitario Militare. Le lezioni sono state aperte dal dott. Simon M. Daniel, Resp. Trauma Unit dello Sheba medical Center, che ha introdotto i concetti e la differenziazione fra Multiple Casualties Event (MCE) e Mass Casualties Event e presentato l'approccio al paziente traumatizzato che giunge nel dipartimento d'emergenza: la valutazione primaria e secondaria e l'importanza di un corretto uso della diagnostica per immagini ed ematica.

Sono seguite, nei giorni successivi approfondimenti inerenti i traumi relativi alle lesioni Craniche e del Collo, Toraciche, Addominali, della Pelvi, degli Arti ed il Trauma nel Bambino.

## Gestione del paziente critico

Fra i vari aspetti trattati, particolare interesse ha suscitato l'indicazione del percorso del paziente verso la destinazione definitiva, nel caso di una chiara evidenza clinica, affinché la diagnostica non ritardi o sia d'impedimento all'inizio della terapia, tenendo conto che altri pazienti sono presenti in Dipartimento d'Emergenza ed altri ancora stanno per giungervi. Un utilizzo normale, e quindi ampio,

della diagnostica per immagini e della diagnostica ematica, si traduce in sequestro di risorse e di tempo, laddove **perdere tempo può significare perdere il paziente.**

A poche ore dall'inizio delle lezioni giungeva la notizia di un attentato a Netanya, località relativamente vicina allo Chaim Sheba Medical Center. Un attentatore suicida, respinto dalla sicurezza all'esterno di un supermercato, si faceva esplodere vicino all'entrata poco prima che gli addetti alla sicurezza potessero perquisirlo. Bilancio dell'evento: 5 morti e 30 feriti, per cui il dipartimento d'emergenza era in allarme per il possibile multiplo accesso di feriti e il dubbio di dover sospendere momentaneamente le lezioni.

Tutto ciò rendeva tragicamente attuale l'importanza del corso dimostrando subito ai partecipanti che gli eventi di questo tipo avvengono a prescindere dall'ora, dalle condizioni atmosferiche, dall'accessibilità del luogo, dalla preparazione reale o presunta delle strutture preposte al soccorso sanitario (extra ed intraospedaliero), ma la risposta deve essere obbligatoriamente immediata con l'attivazione di reali automatismi.

## Soccorso extraospedaliero

A Petah Tikva, nella locale sede del Magen David Adom (MDA) - l'equivalente del SSUEM 118 italiano - Guy Caspi, responsabile nazionale della formazione ai Mass Casualty Incident, ha presentato la filosofia d'intervento, la struttura, le funzioni, l'organizzazione ed in particolare le procedure di risposta adottate dal MDA in caso di atto terroristico. Particolare rilievo è stato dato a quelle che vengono considerate le caratteristiche vincenti del sistema: first responder, capacità di accumulo delle risorse, comunicazioni, informatizzazione (GPS su ogni ambulanza, map screen ed event screen, con integrazione regionale e nazionale dei dati in tempo reale e con una sistematica rivalutazione del tempo di risposta a mezzo elaborazione statistica dei dati, incrociati per area, tipo di patologia etc.). Nel pomeriggio, 13 corsisti hanno avuto l'opportunità di far parte di equipaggi di ambulanze ALS (MICA ed ICU) di Tel Aviv, Ramat Gan, Petah Tikva, Kriat Ono. Gli altri hanno partecipato ad un turno lavorativo pomeridiano presso il dipartimento d'e-

mergenza dello Chaim Sheba Medical Center, un trauma center di 1° livello nel quale l'afflusso medio di pazienti è stimato fra i 350 e i 500 a giorno. Al termine del turno tutti i corsisti si sono ritrovati presso il centro di residenza dove ha avuto luogo un acceso debriefing nel quale ciascuno ha portato la propria esperienza.

### **Linee guida**

Il dott. Michaelson e Hymes Gila, trauma coordinator del Rambam Medical Center di Haifa, hanno illustrato definizioni e linee guida relative alle Mass Casualty Situation (MCS), con una panoramica sui punti chiave: approccio, principi e dati sensibili, obiettivi, modalità di suddivisione dei pazienti, importanza del triage extra ed intraospedaliero, passi organizzativi da attuare per gestire correttamente una MCS, ruolo e gestione infermieristica nel dipartimento d'emergenza, concetto di triage hospital. Particolare enfasi è stata data all'importanza del team: significato profondo del lavoro di squadra, trauma team e suo "schieramento" intorno al malato, costruzione di modelli efficaci e di soluzioni percorribili.

### **Triage intraospedaliero**

Sono state evidenziate le problematiche relative al triage intraospedaliero: chi lo fa? dove? come? Contemporaneamente devono essere garantiti trasporti sufficienti, ma anche efficienti, fino alle varie aree di destinazione dei pazienti: con quali mezzi? quale personale? qual è il ruolo del medico di dipartimento o pronto soccorso con funzioni di capoturno?

Quest'ultimo approccio è stato riassunto in tre domande:

- 1) quali sono i bisogni prioritari?
- 2) Quanti posti letto sono disponibili?
- 3) Le manovre invasive comportano serie conseguenze operative in termini di risorse umane, materiali ecc. Conosciamo gli effetti delle scelte terapeutiche?

### **Trauma coordinator**

Nava Josefberg, trauma coordinator dello CSMC ha spiegato l'importanza della sua figura profes-

sionale nell'ambito sia della preparazione che della gestione dell'evento all'interno del dipartimento d'emergenza nei diversi scenari. Il trauma coordinator è una delle figure di riferimento all'interno della catena di comando del trauma center, un ruolo che assume una particolare connotazione in caso di MCE.

### **Centro trasfusionale**

Una lezione estremamente interessante sulla gestione del sangue in caso di MCE è stata presentata da Yoram Klein, Trauma Branch IDF Medical Corps. Il sangue e suoi derivati hanno un'importanza fondamentale nella gestione di traumi gravi: quali quindi i rischi in un massiccio afflusso di feriti? quali scelte si impongono? quali strategie adottare? tipizzare tutti? quante scorte? quale interazione e coordinamento sono necessari per rispondere adeguatamente alle richieste? quale e quanto personale deve essere in dipartimento? per fare cosa? servono macchinari di back-up? comunicazioni? E così via.

### **Sistema di valutazione dei pazienti**

La presentazione dei diversi sistemi di valutazione dei pazienti, argomento che normalmente non suscita grande interesse, è stata oggetto di particolare attenzione grazie alla capacità del relatore M. Stein del Rabin Trauma Center nel far apprezzare le implicazioni di questa pratica. La raccolta dati è un passo importante dato che il trauma, nei paesi occidentali, è la principale causa di morte prima dei 40 anni, con costi sanitari e sociali estremamente gravosi. Partendo da una suddivisione delle scale di punteggio in anatomiche e fisiologiche è stata posta particolare enfasi sull'importanza di integrare i dati nel Registro trauma nazionale.

### **Il registro traumi**

Israele ha un Registro traumi attivo dal 1997. Un data base nazionale registra, per ciascun paziente traumatizzato ricoverato, oltre 200 voci, che includono informazioni demografiche, tipo di lesioni, diagnosi (fino a 20 per paziente), indicatori di gravità, cause di lesione, trattamento diagnostico e terapeutico, utilizzo delle risorse ospedaliere, outco-

# Mass Casualty Management for Nurses

17

me. In Italia, a fronte di Trauma Center come: CTO Torino, Niguarda Milano, Ospedale di Parma, Maggiore di Bologna, Bufalini di Cesena, San Camillo di Roma, e Cardarelli di Napoli, non esiste un registro traumi nazionale. I singoli presidi hanno sviluppato archivi propri che danno luogo ad una raccolta dati estremamente importante e significativa ma purtroppo non omogenea a livello nazionale.

Ciò che è apparso chiaro ai corsisti è il messaggio: **Chi ha le informazioni ha il Potere.** Le informazioni si traducono in controllo di qualità, in verifica di efficienza dei reparti e di chi li dirige, permettono una verifica dei processi intrapresi, determinano il miglioramento delle prestazioni e consentono un supporto, in termini di investimenti e risorse, di quelle aree operative che risultano deficitarie (o possono consentire dei tagli dove necessario). Nei sistemi sanitari come quelli occidentali, dove i rimborsi economici vengono erogati in base alle patologie (DRG), misurare è la chiave del problema, avere una chiara immagine della situazione permette l'ottimizzazione dei costi e degli investimenti, dando supporto all'orientamento della politica sanitaria nazionale. Senza dati non è possibile decidere obiettivamente le strategie e le politiche idonee a fornire una risposta efficace ai problemi.

## **Flessibilità del sistema**

Kobi Peleg, direttore del Israel National Center for Trauma and Emergency Medicine Research, ha presentato un'ampia relazione sui principi che regolano l'approccio ad un Mass Casualty Incident in ambito preospedaliero: le ragioni delle scelte adottate in Israele e l'importanza della flessibilità nell'applicazione dei protocolli, mantenendo fermi i principi operativi. Il concetto espresso è stato di "agire per principi e non sempre e comunque per protocolli". In contesti fortemente destrutturati, chi coordina deve essere capace di adattare, **se necessario**, i protocolli alla situazione contingente, per meglio rispondere alle problematiche presenti sullo scenario. **Non è sufficiente essere bravi bisogna essere intelligenti.**

Non mi si fraintenda, intelligenti nel saper leggere la situazione ed adottare i provvedimenti più consoni, non necessariamente dettati da protocolli. Per esempio possiamo aver le migliori equipe sul

campo o in Dipartimento d'Emergenza, ma se i manager non forniscono soluzioni praticabili - prima di tutto logistiche e poi di comunicazioni (intra-extrascenario e interdipartimentali) - la bravura e l'efficacia dell'equipe sono inutili, i protocolli saranno rispettati ma con conseguenze facilmente immaginabili.

Per cui **Organizzazione, Comando, Controllo e Coordinamento, (OCCC)** sono gli elementi più efficaci nel gestire situazioni quali una MCE, ma serve anche una seria, pragmatica e periodica revisione dei protocolli operativi.

## **Centro d'informazione d'emergenza**

È stato presentato il Centro d'Informazione d'Emergenza (N&A Gennaio 2003) descrivendo: l'importanza delle informazioni, di come esse vengono fornite ai diversi interlocutori, dai parenti a quelli istituzionali, il ruolo degli assistenti sociali, la struttura e l'organizzazione di un simile centro e l'introduzione di un sistema computerizzato dedicato: l'ADAM program.

A seguire chi scrive ha presentato una lezione relativa alle lesioni da esplosione, trattando caratteristiche, modelli di lesione, indici di mortalità rispetto ad altri traumi e rispetto alle lesioni da armi da fuoco, la differenziazione fra adulti e bambini ed il diverso impegno delle risorse ospedaliere.

## **Reazioni acute da stress**

Gon Monica, psychiatric consultation-liaison nurse, ha illustrato come fronteggiare e trattare la problematica relativa alle reazioni acute da stress conseguenti a un attacco terroristico. Sono stati presentati i passi necessari alla preparazione per un simile evento, cosa fare durante l'evento stesso e i correttivi applicabili alle carenze rilevate. Particolare attenzione è stata data all'efficacia di interventi precoci, di breve durata ma estremamente produttivi. Il nodo centrale è il coinvolgimento e l'utilizzo delle residue risorse del paziente per rassicurare e legittimare quanto provato. Usufruire delle risorse dei familiari (in Israele, similmente a quanto accadeva in Italia fino a pochi anni fa, il senso di appartenenza familiare è molto forte) e della comunità.

### **Esercitazioni**

Esiste una rotazione su base triennale che coinvolge gli ospedali:

- primo anno - esercitazione con più di 70 feriti, convenzionale o chimica, con piena attivazione del disaster plan (che deve essere attivo entro un'ora) ed attivazione di 200 posti letto, verifica della capacità di gestione ri-trasferimento dei pazienti in sovrannumero; (notifica preliminare all'ospedale interessato);
- secondo anno - esercitazione con componenti convenzionale e tossicologica durante un giorno lavorativo (senza nessuna notifica all'ospedale);
- terzo anno - esercitazione dedicata a nuovi scenari mega terror, biological, rischio radiologico.

### **Simulazioni**

Entusiasmo ed interesse ha suscitato la visita al centro di simulazione nazionale (Israel Center for Medical Simulation - MSR), inaugurato nel 2001 per introdurre standard ed approcci innovativi relativi a training alla risposta sanitaria ai più diversi scenari. Il centro risulta essere uno dei più avanzati e sofisticati a livello internazionale. Utilizzato sia per personale militare che civile, ha visto oltre 12.000 allievi; di questi più del 50% come team, complessivamente suddivisi in: 38% personale medico, 32% personale infermieristico, 30% Paramedici (MDA).

I corsisti, oltre ad assistere alla presentazione di materiali, stanze di simulazione e alle attività svolte presso il MSR, hanno avuto l'opportunità di partecipare, suddivisi in tre gruppi, alla gestione diretta di tre diversi scenari coinvolgenti pazienti (manichini-simulatori) traumatizzati. Le tre performance duravano 20 minuti. Due di queste sono state filmate e, con il supporto delle immagini, sottoposte ad un puntiglioso debriefing operativo/sanitario della durata di 40 minuti.

Sono state condotte anche due esercitazioni guidate "table top": una relativa alla gestione extra-ospedaliera ed una al massiccio afflusso di feriti in Dipartimento d'Emergenza. Un'altra esercitazione ha riguardato la decontaminazione da agenti chimici. Infine si è tenuta un'esercitazione di fine corso presso il pronto soccorso dello Chaim Sheba

Medical Center, destinato ad essere attivato in caso di guerra o attacco NBCR e normalmente non utilizzato. I corsisti sono stati coinvolti in una esercitazione di tipo convenzionale e chiamati a ricoprire i diversi ruoli da trauma coordinator a triage officer, a chirurgo responsabile di turno, ma anche quello di portantini. Sono state identificate le aree di trattamento e qui destinate le diverse equipe, in meno di mezz'ora oltre 20 simulanti hanno avuto accesso. Ciascun ruolo chiave aveva presente un osservatore che ha seguito l'intero svolgersi dell'esercitazione. Al termine si è svolta una ricostruzione precisa dell'evento, con il coinvolgimento delle varie figure professionali, e l'analisi di ciascun passo significativo, dal ricevimento della chiamata, alla sua verifica fino alla dichiarazione di fine MCE.

### **Considerazioni**

Il gruppo dei corsisti, dopo in necessario tempo di ambientamento, ha dimostrato flessibilità, compattezza e grande disponibilità a mettersi in gioco sia durante l'attività didattica che durante gli affiancamenti- esercitazioni. È risultata chiara la volontà di conoscere e confrontarsi, venendo meno quei ruoli e quelle paure ricorrenti negli allievi (timore di sbagliare o apparire poco preparati o inadatti) non appena notata la disponibilità dei docenti, impegnati nel reale sforzo di trasmettere conoscenze ed esperienze, più che nel rivendicare un primato di conoscenza. Cosa fra l'altro favorita da un atteggiamento estremamente pragmatico ed informale, a prescindere dal ruolo o della posizione ricoperta, dote che caratterizza la società Israeliana ed in particolare l'ambito sanitario.

### **Sovvenzioni ai corsisti**

Dei 16 corsisti partecipanti risulta che 2 sono stati spesi dalla propria azienda ed inviati in regime di aggiornamento obbligatorio; uno ha ricevuto sovvenzioni da parte del Collegio IPASVI di appartenenza (Collegio di Verona), ed uno è stato finanziato grazie a parte dei rimborsi dei modelli INAIL per decisione del primario responsabile del suo reparto. Ad altri due è stato riconosciuto l'aggiornamento facoltativo, uno ha ricevuto da sponsor esterni una quota pari a 300 euro. Gli altri, 11 su 16,

# Mass Casualty Management for Nurses

19

hanno dovuto usufruire di ferie o ore di straordinario per partecipare a questo aggiornamento senza sovvenzioni di sorta. I dati parlano da soli e sono avvilenti.

Il costo del corso era pari a 1.500 euro, ma vorrei invitare i lettori a riflettere: quanto costa un corso di ACLS o PTC o ATLS che dura in media 3 giorni? Da 600 a 800 euro, senza pasti, senza spese di pernottamento, talvolta con le spese di viaggio. Paragonate tutto ciò a due settimane comprensive di viaggio aereo, vitto, alloggio, visite guidate, esercitazioni, lezioni da parte di docenti che hanno in ambito sanitario la più grande esperienza a livello mondiale.

## Conclusioni

Il corso è andato ampiamente oltre le aspettative dei partecipanti. La capacità organizzativa e didattica del National Center for Trauma and Emergency Medicine Research e la disponibilità dimostrata a soddisfare qualsiasi richiesta è andata oltre ogni immaginabile previsione.

L'aver avuto la possibilità di confrontarsi con esperti ma anche con infermieri, paramedici e medici che normalmente operano nelle diverse realtà lavorative, su un tema importante e attuale è risultato estremamente stimolante e professionalmente gratificante. La nostra attuale realtà è purtroppo condizionata da due fattori che al momento sem-

brano essere costanti: il rischio di atti terroristici è reale e rimarrà tale ancora per molti anni, l'attuale capacità di risposta a simili eventi da parte di una larga parte degli ospedali italiani, è scarsa e manca di omogeneità a livello nazionale.

Questo corso può essere **una** delle risposte percorribili, non per fotocopiare e trasferire macro sistemi, ma per mutuare scelte, aspetti, particolari e soprattutto per apprendere un modo di pensare i termini del problema ed adattarli alla realtà sanitaria italiana.

## Ringraziamenti

- Beatrice Mazzoleni Pres. Collegio IPASVI di Bergamo
- Dr. Burgaretta Ambasciata Israele in Italia - Roma
- Kobi Peleg Dir. Israel National Center for Trauma and Emergency Medicine Research
- Simon Daniel Daniel M. Simon Dir. Trauma Unit Chaim Sheba Medical Center
- Jenny Moscovitz National Trauma Registry Coordinator
- Nava Josefsberg Trauma Coordinator Chaim Sheba Medical Center
- Dvora Hertz Resp. Inferm. Dip. Em. Chaim Sheba Medical Center
- Guy Caspi, Chief MCI instructor and head of the MCI training program, Magen David Adom
- Noga Boldor Gertner Institute



20

## 12 maggio Giornata Internazionale dell'Infermiere

A cura di Annamaria Dorigatti, Marina Lanzi,  
Marco Mazzoleni, Paola Pennacchio, Flavia Zanella

In occasione del 50 anniversario della fondazione del Collegio IPASVI di Bergamo è stato palese quanto la Giornata Internazionale dell'Infermiere sia poco sentita anche tra noi colleghi vista la scarsa partecipazione all'evento organizzativo. Quest'anno abbiamo deciso di proseguire nell'opera di diffusione della nostra professione e rafforzare il rapporto tra il Collegio e gli iscritti e alla popolazione.

Il lavoro della Commissione Promozione Immagine non si è limitato alla ricorrenza del 12 Maggio, anzi, nello scorso anno scolastico sono nate delle iniziative in collaborazione con i Comprensori Scolastici di Bergamo e Provincia.

La preparazione del progetto è nata con la precedente Commissione Promozione Immagine e dall'idea di rivolgerci ai bambini e alle loro famiglie per presentare la nostra professione. Con la partecipazione di colleghi sensibili al tema forse perché genitori di bambini frequentanti la Scuola materna, sono partiti presso il Collegio incontri di preparazione tecnica/organizzativa con stesura di linee guida

da seguire nel percorso di presentazione tenendo presente l'età dei fruitori.

Ultimato il momento formativo, si è passati alla presentazione presso le Scuole Materne che avevano accettato l'appello promozionale del Collegio.

Per i Colleghi coinvolti che non avevano mai avuto esperienza di assistenza con i bambini, l'aspetto ludico ha regalato momenti formativi importanti e il piacere di presentarsi in veste professionale nella Scuola Materna dove erano conosciuti solo come genitori, esperienza per loro particolarmente gratificante.

I bambini sono terreno vergine e creativo e questo ha permesso di lavorare creando l'immagine della figura di un professionista forse diversa da quella percepita dai loro genitori.

I bambini hanno chiara la figura del Medico mentre sul resto c'è un po' di confusione e speriamo di aver contribuito a diffondere una immagine sociale più rispondente alla nostra professionalità effettiva.

L'incontro, fatte salve le linee guida, è stato lasciato alla professionalità e alla capacità relazionale dei colleghi coinvolti utilizzando la scatola "la magia dell'Infermiere" ricca di ma-



# 12 maggio Giornata Internazionale dell'Infermiere

21

teriale da noi utilizzato nella pratica professionale illustrando il loro uso e al contempo guidandoli alla scoperta della nostra professione e del loro corpo. Abbiamo cercato di organizzare gli incontri con la presenza di colleghi maschi e femmine perché si è visto che nella mente dei bambini l'infermiere è donna mentre la figura maschile è sempre identificata con la figura medica.

Tanti sono stati in ospedale e non solo per la nascita di un fratellino, quindi è giusto prepararli a quanto possono ricevere nella pratica terapeutica. Quindi anche a distinguere le diverse figure professionali operanti nelle diverse strutture socio-sanitarie.

L'incontro solitamente ha la durata di circa una/due ore e si conclude lasciando libero spazio alle curiosità dei piccoli e alla consegna di un "compito" didattico in cui i bimbi devono colorare gli oggetti disegnati su un foglio (che sono gli stessi contenuti nella scatola della "magia") e ritagliare la divisa dell'infermiere per indossarla al bambino/a disegnato su altri cartoncini.

Ma il momento più intenso è stato quello del 12 maggio 2006, quando per celebrare la Giornata Internazionale dell'Infermiere il nostro Collegio ha partecipato all'evento LILLIPUT che si è svolto presso la Fiera di Bergamo proprio dal 10 al 14 maggio 2006 a coronamento dell'attività relazionale e educativa che è stata condotta in quest'ultimo anno rivolto ai bambini e alle loro famiglie nelle scuole materne e primarie della provincia di Bergamo.

Infatti, l'anno prima, era stato deciso di celebrare la Giornata Internazionale dell'Infermiere e il Cinquantenario della fondazione del Collegio IPASVI di Bergamo, indicando il concorso destinato alle Scuole Primarie, con il prezioso patrocinio del Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca, Ufficio Sco-

lastico Regionale per la Lombardia Centro Servizi Amministrativi di Bergamo, dal titolo "Disegna il tuo Infermiere".

Quest'anno il 12 maggio presso il nostro STAND sono state esposte tutte "le opere" dei bambini e si è tenuta la premiazione dei bambini delle scuole primarie di Gerosa, Cene e Bergamo (Scuola elementare Scuri) partecipanti al concorso "Disegna l'Infermiere". La Presidente del Collegio IPASVI di Bergamo Mazzoleni Beatrice ha incontrato e distribuito omaggi ai piccoli artisti spiegando loro e agli insegnanti l'importante ricorrenza. Numerosi gli infermieri intervenuti, e in particolare ringraziamo il nostro collega Nembrini Damiano, autore dei bellissimi disegni per la locandina distribuita ai bambini, ed è stato disponibile nella mattina del 12 maggio presso il nostro STAND dove è stato sommerso di richieste di disegni.

È seguita una merendina di metà mattina in compagnia, chiacchierando anche delle iniziative future. Ma non si è esaurita nella mattinata del 12 maggio l'attività con i bambini perché durante tutto il periodo di apertura della fiera sono stati strutturati momenti ludici che sono il frutto dell'esperienza maturata negli incontri che si sono tenuti nelle Scuole materne a scopo educativo-sanitario, e momenti alla scoperta della nostra professione



chiamati "la magia dell'Infermiere".

Alla Fiera una folla di gente è restata favorevolmente colpita da quanto veniva proposto nelle Scuole Primarie e Materne. Sono state giornate davvero emozionanti quelle vissute all'interno dello Stand e il binomio gioco-professione è risultato fondamentale per coinvolgere i bambini nelle attività assistenziali normalmente svolte dall'Infermiere e questa bella esperienza ha sicuramente contribuito ad arricchire il bagaglio culturale e socio-educativo-sanitario sia del professionista che del cittadino.

Genitori hanno chiesto opuscoli informativi da proporre alle insegnanti dei propri figli e si sono accostati con curiosità ai momenti formativi dedicati loro apprendendo piccole conoscenze legate agli interventi infermieristici. La semplicità del linguaggio ha abbattuto la reticenza di alcuni e si è potuto instaurare un rapporto non nuovo alla pratica infermieristica, che è quello empatico della vicinanza e della comprensione.

I bimbi stessi ci hanno spiegato episodi accaduti loro in ospedale, esami del sangue o terapie infusionali subite e si sono sottoposti a piccole prove dimostrative senza paura.

L'Infermiere forse è stato visto sotto una nuova luce, maggiormente autonoma e umanistica e confidiamo nella sensibilità degli inse-

gnanti affinché non si vanifichi l'impegno profuso.

Insegnanti, Presidi, Genitori hanno apprezzato il nostro operato e hanno richiesto il nostro supporto come educatori per la promozione della salute, quindi ci sentiamo di invitare tutti i colleghi, specialmente quelli che ricoprono anche il ruolo di genitore, a proseguire e seguirci nella valorizzazione della professione.

Un successo la Fiera e la conferma di una ricetta vincente. Lilliput, il villaggio creativo, ha riunito elementi diversi e ha saputo dosarli con sapiente maestria, la manifestazione ha totalizzato 36 mila visitatori.

Concludo ringraziando tutti i colleghi che hanno contribuito al successo dell'iniziativa presso la Fiera Lilliput rinnovandogli l'invito così come è stato chiesto a noi di contribuire anche alla prossima edizione ringraziando anche quelle Dirigenze aziendali di Clinica San Francesco, Policlinico di Ponte San Pietro, Seriate, Treviglio che hanno collaborato attivamente rispondendo alle richieste del Collegio: Belometti Dolores, Bicchi Angelo, Braghini Antonella (unica presenza proveniente dalla Alta Valle Seriana), Casati Anna Grazia, Cattaneo Denise, Colombo Laura, Donadini Nadia, Dorigatti Annamaria, Felappi Raffaella, Gritti Marilena, Jamoletti Simone, Lanzi Marina, Mancino Cristina, Mazzoleni Marco, Oberti Ilenia, Pawlizka Aurelia, Russi Massimiliano, Sala Emanuela, Valota Annalisa, Zanella Flavia responsabile della Commissione Promozione Immagine a chiudere.

Il 12 Maggio non è solo una ricorrenza da festeggiare, ma anche una occasione per presentarci alla cittadinanza, renderci visibili non solo nel momento del loro bisogno ma anche per riaffermare quel patto cittadino/infermiere in un contesto assistenziale di qualità ed efficacia.



## **La Commissione Biblioteca ricerca nuovi collaboratori**

*A cura di Angelo Bicchi*

**C**ari colleghi,  
per i prossimi due anni sarò responsabile della biblioteca del collegio.

Attualmente essa è composta da circa 150/200 libri che spaziano come argomenti, da quello medico/chirurgico a quello più prettamente legislativo e normativo della professione; in più la biblioteca è fornita di una ventina di varie riviste, di vari argomenti e di alcune riviste di altri collegi.

La biblioteca viene consultata mediamente da, forse, cento persone all'anno, pochissime.

Sarebbe mia intenzione sviluppare un modello di biblioteca facilmente consultabile sul web o addirittura avere un database per la ri-

cerca infermieristica; rivolgo pertanto l'invito a voi ma anche ai docenti universitari a collaborare nelle scelte strategiche di questo progetto.

Un invito viene rivolto anche ai vari dirigenti infermieristici delle realtà ospedaliere bergamasche affinché dall'unione di eventuali fondi disponibili si arrivi alla creazione di uno strumento davvero utile alla crescita culturale infermieristica.

Il mio indirizzo e-mail [abicchi@libero.it](mailto:abicchi@libero.it) sarà a disposizione per gli eventuali suggerimenti che vorrete far pervenire, credo che come termine per i suggerimenti si possa fissare il 31/12/2006 in modo che dal 2007 si dia inizio a questo necessario rinnovamento.

---

## **Il Consiglio risponde**

*A cura di Massimiliano Russi*

**C**on l'obiettivo di accrescere la nostra presenza a fianco dei colleghi, nell'intento di riuscire a risolvere le piccole e grandi problematiche che ogni giorno siamo chiamati ad affrontare nell'esercizio della nostra professione, la Redazione ha deciso, a partire da questo nuovo numero, di dedicare uno spazio ai lettori per rispondere ai quesiti di natura tecnica, etica e deontologica.

I vostri quesiti verranno raccolti dalla Redazione e saranno posti all'attenzione dei Consiglieri e dei Consulenti del Collegio, accuratamente analizzati ed affrontati.

La risposta del Consiglio ai quesiti sarà poi pubblicata sul numero successivo della rivista, compatibilmente con le esigenze di stampa.

Le vostre domande dovranno essere inviate tramite e-mail ([collegio@infermieribergamo.it](mailto:collegio@infermieribergamo.it)) o via fax (035 236332) all'attenzione della Redazione.



**12 maggio 2006**  
**GIORNATA INTERNAZIONALE**  
**DELL'INFERMIERE**