



IPASVI

# Scripta Manent

n. 47

SINCERT

CSICERT



*Notiziario a cura del Collegio IPASVI Bergamo*

SCRIPTA MANENT - Anno XIII n. 3 - Dicembre 2007 - Spedizione in abbonamento postale - art. 2 comma 20/c l.662/96 - BG - Allegato Inserto Redazionale

*Auguri a tutti!*

“Prima di festeggiare  
però vorremmo levarci  
qualche sassolino  
dalle scarpe ...”

Togliamoci qualche sassolino dalle scarpe ..... pag.	3
<i>Editoriale a cura di Flavia Zanella</i>	
<b>Perché un segnale di lutto</b>	
<b>Botta e risposta infermiere-medico</b>	
<b>Una professione da riqualificare</b>	
<b>Angeli senza ali</b>	
Viaggio nella realtà infermieristica bergamasca: Treviglio..... pag.	9
<i>A cura di Simone Jamoletti</i>	
Progressione di fascia verticale per Infermieri assunti con Contratto Enti Statali ..... pag.	13
<i>A cura di Enzo Ambrosioni</i>	
Stigmatizzazione ed emarginazione in Psichiatria..... pag.	14
<i>A cura di Cesare Moro</i>	
Prima Conferenza Nazionale sulla Libera Professione Infermieristica..... pag.	21
<i>A cura di Massimiliano Russi e Gianluca Solitro</i>	
Assistenza domiciliare integrata: ..... pag.	25
il parere della Presidente e del Consiglio Direttivo	
<i>A cura di Beatrice Mazzoleni</i>	
Eventi Formativi primo semestre 2008. Corso d'inglese - Corso d'Informatica ..... pag.	28
Gestione massiccio afflusso dei feriti in Dipartimento d'emergenza ..... pag.	30
conseguente ad atto terroristico.	
Infermieri in Israele 2008.	

### 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@infermierbergamo.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, Alessandro Bassi, 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 / 13.30 - 17.00. 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.

# Togliamoci qualche sassolino dalle scarpe...

3

A cura di Flavia Zanella

All'interno della Rivista (**subito dopo l'Editoriale**) troverete degli articoli a cui farò riferimento nelle mie "riflessioni a voce alta". Nel primo di questi articoli, a firma del Presidente dell'Ordine dei Medici di Roma, ritorna il medico "Barone" nell'accezione peggiore del termine. La storia medico-centrica della Sanità italiana, dove "ORRORE!" un Infermiere, essere universalmente riconosciuto come non appartenente alla categoria degli "Homo Sapiens Medicinæ" (categoria notoriamente intellettualmente superiore), possa **"dirigere Unità Operative complesse o Dipartimenti" ... "una figura professionale non medica con alle dipendenze altri medici?"**. Poco importa se la figura in oggetto non solo ha una laurea ma magari ha conseguito lauree specialistiche o dottorati. Ma cari colleghi di cosa ci stupiamo vista la mole di deputati e senatori medici che se ne stanno "Lassù" in Parlamento! Miei cari colleghi, non è solo per i faraonici stipendi erogati loro dai Cittadini, ma è perché così possono continuare a impostare una Sanità medico-centrica per mantenere il triste primato del più alto rapporto medici-popolazione e il più basso rapporto infermiere-popolazione della Comunità Europea.

Leggendo però l'articolo del Professor Harari, mi riconcilio con la classe medica, che per fortuna non è tutta uguale. Nel citato articolo in cui parla della crisi infermieristica, si stigmatizza il fatto che non è solo una questione di numeri ma che: **"la distanza che si è venuta a creare tra lo sviluppo professionale degli infermieri e la mancata crescita di un'adeguata organizzazione degli ospedali con l'affiancamento nelle prestazioni più semplici ad altro personale (gli operatori sanitari) giustifica un profondo senso di frustrazione e demotivazione. Prova ne sia che non solo sono pochi quelli che si iscrivono alle università infermieristiche, ma sono anche tanti quelli che abbandonano poi gli studi, appena iniziano i primi periodi di frequenza in ospedale, intuito il futuro che li attende. Il problema infermieristico non può essere risolto solo tamponando di volta in volta le emergenze da affrontare. Bisogna attuare una strategia più complessiva che riqualifichi realmente questa professione riconoscendone valore e specificità, ridando la motivazione a chi vuole fare questo bellissimo lavoro che implica una grande disponibilità verso gli altri e molti sacrifici, e non dimentichiamo che tutto ciò deve poi trovare un giusto riconoscimento sociale ed economico"**. Parole sante ma mi irrita il fatto che il Corriere della Sera si rivolga ad un medico per perorare la causa infermieristica; forse solo "Homo Sapiens Medicinæ" è in grado di scrivere articoli?

Mi rendo conto che il mio tono sta diventando ad ogni paragrafo sempre più graffiante nonostante le buone notizie e forse citando il terzo articolo del Professor Veronesi riuscirò a mitigare la mia amarezza? Il pezzo pubblicato sulla rivista OK di Ottobre prende spunto da una e-mail della signora Letizia F. di Roma in cui segnala che, al termine di una lunga degenza durata tre mesi, sicuramente nella sua guarigione grande merito era dovuto anche ad un'infermiera definendo la nostra categoria come "degli angeli". Ma anche qui non ci stò sulla definizione di angeli in quanto la nostra professione non è dotata di poteri sovranaturali altrimenti avremmo risolto il problema della carenza infermieristica, ma preferisco definirci seri e preparati professionisti dell'assistenza. Trova spazio nell'articolo un **excursus** sui vari aspetti e sbocchi professionali della nostra categoria, dal lavoro in corsia, alla dirigenza, al-

E  
D  
I  
T  
O  
R  
I  
A  
L  
E

## EDITORIALE

l'insegnamento e sull'opportunità di specializzazione in ambito universitario. Ma anche qui chi ha scritto l'articolo? Un medico. Ci risiamo, ho in mente tanti nomi di seri professionisti infermieri plurilaureati e specializzati che avrebbero potuto farlo anche meglio senza alcuni errori tecnici. **Laurea breve? Infermieri Professionali? Sic!** Ma la nostra non è una laurea a tutti gli effetti e il termine Professionali è obsoleto?

Ma come mai allora non siamo in grado di perorare da soli le nostre cause e i nostri diritti? Torno indietro con la memoria a 15 anni fa quando, appena arrivata nella provincia di Bergamo come Infermiera immigrata da Monza, ricordo il primo giorno di servizio in un Ospedale della nostra Provincia: mi venne messa in mano la "ramazza" per pulire le sale mediche e quale amarezza ho provato quando il mio rifiuto è stato etichettato, proprio dalle mie colleghe di allora, "altezzoso" mentre io ritenevo tale compito offensivo della nostra professionalità. Ora, quando incontro alcune di loro, e mi sento dire "avevi ragione" mi si apre il cuore, ma subito dopo mi chiedono: "ma con gli OSS come facciamo?". Siamo alle solite!!!!

Orgoglio professionale, basta guerre di reparto. Mettiamo da parte le ripicche e i rancori personali per **assumere posizioni univoche e forti nei confronti di chi ci vuole relegare a comparse del processo assistenziale.**

Io Infermiere non prendo ordini da un OSS o un ASA o peggio ancora da un ausiliario. Io Infermiere non rifaccio il letto vuoto mentre l'OSS somministra la terapia o scrive la consegna. Ognuno al suo posto!

E' necessario un drastico cambio di mentalità, la svolta può arrivare con i nuovi colleghi laureati, che pur con i loro limiti dettati dall'inesperienza sono fonte di nuove conoscenze; va tenuta in giusta considerazione la loro "diversa abilità professionale" fatta di ricerca infermieristica, capacità di documentare le novità tanto avversate dalle amministrazioni e dai colleghi, perché da sempre quello che non si conosce fa paura, ma loro possono farci conoscere cose nuove per migliorare la nostra professione.

Ma anche la formazione continua, i famigerati ECM, non solo punti da raccogliere come al supermercato ma uno spunto per apportare miglioramenti alla pratica infermieristica quotidiana.

E, in ultimo, capire l'importanza dell'orgoglio e dell'appartenenza professionale. Chi di noi festeggia il 12 Maggio? Nel mondo la Giornata Internazionale dell'Infermiere è un momento in cui gli infermieri affermano con orgoglio di "essere Infermieri" e la comunità li ringrazia per il loro lavoro.

A conclusione di queste amare riflessioni quindi ho che da dire che forse qualche colpa l'abbiamo anche noi Infermieri se abbiamo bisogno che altre categorie scrivano in nostra difesa. Riprova ne è la scarsa adesione alle iniziative nelle scuole che abbiamo messo in atto, occasione per farci conoscere dalla cittadinanza come seri professionisti qualificati. Per fortuna non tutti gli infermieri sono sordi ai richiami del Collegio e ringrazio sentitamente i colleghi che hanno aderito negli anni scorsi e aderiranno quest'anno alle iniziative nelle scuole, ma sono ancora troppo pochi.

**Rialziamo la testa non solo per gli aumenti stipendiali ma anche per ottenere un maggior riconoscimento sociale. Se non siamo noi i primi a dimostrare l'orgoglio di essere Infermieri non possiamo aspettarci che arrivi dagli altri!**

## Togliamoci qualche sassolino dalle scarpe

5

### Perché un segnale di "lutto"

Cari Medici e Odontoiatri, con questo numero il nostro Bollettino d'ora in avanti uscirà listato a lutto. È questa l'ennesima protesta che mettiamo responsabilmente in campo, visto che oramai è del tutto evidente che siamo orfani di una classe politica dirigente che voglia o possa operare per rilanciare in maniera appropriata la Sanità nel nostro Paese e con essa il ruolo di tutti gli operatori.

Un organo ausiliario dello Stato, quale noi siamo a tutela dei cittadini, non può assistere passivamente, senza mettere in campo iniziative forti, alla lenta e progressiva agonia della Professione. Lotteremo, come abbiamo sempre fatto, sino alla fine del mandato che ci avete affidato e che intendiamo onorare a qualunque costo.

Siamo certi che tutti capiscano quale alta posta sia in gioco. Non è solo in discussione la nostra credibilità ma più in generale la tutela della salute dei cittadini italiani.

Quanto ancora dovremo sopportare le enormi criticità che attagliano la Sanità italiana ma anche la Giustizia e la Scuola Pubblica a causa dell'insipienza di una parte rilevante della classe politica dirigente di questo Paese? Come abbiamo scritto nell'ultimo editoriale dal titolo: **"La politica e le prevalenti patologie della Sanità italiana"** in fondo non chiediamo miracoli ma cose concrete e fattibili.

Perché mai dovremmo continuare a vedere nomine in Sanità lottizzate in maniera vergognosa? Perché mai non dovremmo sperare che la "Politica" ci difenda quando finiamo sulle prime pagine di giornali e Tv anche quando non lo meritiamo? Perché mai per esercitare la Medicina dovremmo continuare a studiare per 11 o 12 anni (laurea e specializzazione) per poi vederci espropriare in maniera incongrua ed illegale, a tutto danno per i cittadini, spazi di nostra competenza

da altri profili professionali non medici?

Perché mai dovremmo continuare ad assistere al fatto che vengano nominati a dirigere Unità Operative Complesse o Dipartimenti figure professionali non mediche con alle dipendenze medici?

Siamo arrabbiati ma non stanchi e non ci mancano certo la voglia di combattere né le giuste motivazioni. Se qualcuno ha immaginato di trasformare la Medicina in un verde pascolo a cui tutti ritengono di poter accedere liberamente ed impunemente a partire dalla "Politica", salvo poi scaricare pressoché totalmente sui Medici le responsabilità quando c'è da soddisfare la "denuncia", sappia che non ci accontenteremo più delle sterili, stucchevoli e periodiche promesse del perseguimento di un sistema di qualità in Sanità e che contrasteremo colpo su colpo tutte le iniziative che minano, di fatto, giorno dopo giorno, l'autorevolezza della nostra Professione.

**Il 20 settembre p.v., alle ore 10.00, l'Ordine Provinciale di Roma dei Medici-Chirurghi e degli Odontoiatri, insieme agli Ordini di altre Province terrà una manifestazione pubblica, di denuncia e di proposta, presso la Sala dell'ex Cinema Capranica alla presenza del mondo politico, sia di maggioranza che di opposizione, alla quale auspichiamo una grande partecipazione di Medici e Odontoiatri.**

I cittadini italiani, soprattutto malati o in condizioni di fragilità, hanno bisogno di essere assistiti e curati da seri e motivati professionisti i quali, però, debbono essere messi in condizione di svolgere la loro attività nella massima serenità possibile.

Ricordiamo in particolare al mondo politico, per l'ennesima volta, che la Medicina difensiva, in atto ormai strutturalmente nel nostro Paese, non produce certo qualità e nel contempo costa a tutta la collettività uno sperpero enorme di risorse economiche.

**Il Presidente  
Mario Falconi\***

\*Tratto dal Bollettino dell'Ordine dei Medici di Roma, Luglio/Agosto 2007.

## **Botta e Risposta INFIERMIERE - MEDICO**

**Oleg Curci - Infermiere Genova  
A.O. San Martino DEA Sale Codice Rosso**

In riferimento al vostro periodico listato a lutto, il sottoscritto e parecchi appartenenti alla nostra categoria (Infermieri) ci chiediamo fino a che punto potrete arrivare nella strenua difesa di vostri presunti, ma non assodati e definiti, diritti. Vi ergete a paladini della sanità pubblica e ne denunciate lo sfascio per poi scappare alle 14,12 per correre in clinica o nello studio privato dove tutto costa 300 ma senza ricevuta sono 250; avete lottizzato qualsiasi posto disponibile negli atenei e non vi rendete conto che nella maggior parte dei casi la facoltà di medicina insegna poco o nulla; non riuscite a capacitarvi del fatto che mentre voi rimanete ancorati a schemi e baronie vetuste le professioni che avete sempre considerato subalterne stanno diventando protagoniste nell'erogazione dell'assistenza; siete la "casta" peggiore in Italia con un corporativismo mostruoso che vi fa pensare di essere sempre al di sopra di tutto e tutti: nulla può prescindere dal vostro volere e dal vostro interesse.

Non è chiudendo le porte che riuscirete a migliorarvi, toglietevi un po' di ruggine, parlate con i pazienti, assisteteli per davvero ed allora riuscirete a capire dove, fino ad oggi avete sbagliato. Anche a voi tocca l'autocritica... sempre che siate in grado di farla senza denigrare chi vi lavora accanto (e spesso vi toglie più castagne dal fuoco di quanto voi immaginate).

Buon lavoro! Oleg Curci, Infermiere Genova A.O. San Martino DEA Sale Codice Rosso

### **RISPONDE**

**IL PRESIDENTE DOTT. MARIO FALCONI**

**C**aro Oleg Curci,  
L'editoriale pubblicato nel Bollettino Omceo Roma - luglio-agosto 2007 n. 4 - iniziava ... "con questo numero il nostro Bollettino d'ora in avanti

uscirà listato a lutto. E' questa l'ennesima protesta che mettiamo responsabilmente in campo, visto che oramai è del tutto evidente che siamo orfani di una classe politica dirigente che voglia o possa operare per rilanciare in maniera appropriata la Sanità nel nostro Paese e con essa il ruolo di tutti gli operatori." ...

Non abbiamo mai denigrato nessuno e tanto meno intere categorie professionali, né abbiamo nessuna intenzione di seguirla in uno scontro di bassissimo profilo che non giova a nessuno. Purtroppo ognuno ha le sue pecore nere. Abbiamo peraltro sempre ben presente il detto evangelico: "Chi è senza peccato scagli la prima pietra".

La nostra lunga attività professionale, sia in ambito ospedaliero che territoriale, ci autorizza ad affermare peraltro, in piena onestà intellettuale, che proprio grazie alla grande maggioranza dei medici e degli infermieri italiani il nostro Paese ha raggiunto importanti risultati in tema di tutela della salute dei cittadini.

Purtroppo riteniamo che la sanità italiana tutta viva una condizione di gravissimo disagio soprattutto a causa di una "cattiva politica" che pretende di gestire e lottizzare.

Ove non fosse chiaro Le confermiamo che nutriamo profonda stima e riconoscenza per quello che gli infermieri hanno fatto e continuano a fare nell'interesse dei malati, a patto però che ognuno faccia correttamente il proprio mestiere, sia esso medico, infermiere o altro in appropriata sinergia e senza invadenze di campo.

Noi vorremmo continuare ad immaginare la sanità italiana come una grande orchestra composta da tanti bravi professionisti che, per produrre della musica armonica, hanno la assoluta necessità di essere coordinati.

Opereremo sempre perché ci sia tra medico e infermiere intesa e rispetto reciproco e nella speranza che in futuro Lei possa, sgombrato da pregiudizi e rancori, guardare la luna e non il dito che la indica, Le invio cordiali saluti.

**Il Presidente - Mario Falconi**

Tratto da Internet: [www.ordinemediciroma.it](http://www.ordinemediciroma.it)

## Togliamoci qualche sassolino dalle scarpe



Tratto dal "Corriere della Sera"  
20 ottobre 2007

### UNA PROFESSIONE DA RIQUALIFICARE

La crisi infermieristica che interessa la Lombardia (e il resto d'Italia) non è solo un problema di numeri. È la crisi di una professione antica che è molto cambiata negli ultimi anni e che ora fatica a trovare la sua giusta collocazione nella moderna organizzazione sanitaria. Gli infermieri oggi sono laureati preparati a svolgere attività che richiedono una elevata professionalità, ma troppo spesso li ritroviamo negli ospedali ancora intenti a cambiare gli ammalati e a rifare i letti.

Quasi nessuno può mettere in pratica gli studi appresi sulla diagnosi infermieristica o sviluppare la ricerca clinica. Sono esposti molto più dei medici alla sofferenza degli ammalati (gli infermieri sono a contatto continuo con i pazienti) ma sono molto meno riconosciuti dai malati stessi e dalla società. I turni di lavoro sono faticosi anche fisicamente e pieni di responsabilità ma gli stipendi non sembrano tenerne conto. Se poi uno lavora in Lombardia o peggio ancora a Milano la tentazione di andarsene in altre regioni dove il costo della vita è meno proibitivo è forte. Ma perché si è arrivati a questo punto?

Le risposte potrebbero essere tante ma certamente la distanza che si è venuta a creare tra lo sviluppo professionale degli infermieri e la mancata crescita di una adeguata organizzazione degli ospedali con l'affidamento delle prestazioni più semplici ad altro personale (gli operatori sanitari) giusti-

fica un profondo senso di frustrazione e demotivazione. Prova ne sia che non solo sono pochi quelli che si iscrivono alle università infermieristiche, ma sono anche tanti quelli che abbandonano poi gli studi, appena iniziano i primi periodi di frequenza in ospedale, intuendo il futuro che li attende. Il problema infermieristico non può essere risolto solo "tamponando" di volta in volta le emergenze da affrontare.

Bisogna attuare una strategia più complessiva che riqualifichi realmente questa professione riconoscendone valore e specificità, ridando la motivazione a chi vuole fare questo bellissimo lavoro che implica grande disponibilità verso gli altri e molti sacrifici, e non dimenticando che tutto ciò deve poi trovare un giusto riconoscimento sociale ed economico.

Harari Sergio  
sharari@hotmail.it



## Reportage "Angeli senza ali"

tratto da "ok la salute prima di tutto" ottobre 2007 autore Umberto Veronesi

**"Sono uscita dall'ospedale dopo una degenza di tre mesi. L'intervento chirurgico è riuscito. Bravo il professore che mi ha operata. E bravi i suoi assistenti. Ma ancora più brava una donna: l'infermiera che mi ha fatto scoprire l'amore per le piccole cose di ogni giorno. Madre di una bambina, vedova da poco. OK fa parlare i medici... una volta tanto, vi prego, dato un po' di spazio anche a questi angeli!"**

Letizia F., Roma  
(e-mail arrivata in redazione il 6 Settembre 2007)...

Paramedici? No grazie. Ricordo una lunga conversazione con una delle più brave infermiere del mio ospedale, e ricordo che comincio proprio così, con una critica alla nuova definizione, che dopo tanti secoli pretendeva di cambiar nome alla professione infermieristica, in alternativa all'altra definizione, non meno infelice, di "operatori sanitari".

### Professione: angelo custode.

No, l'infermiera è l'infermiera, e dando un titolo che richiama in subordine quello del medico vuol dire non aver capito che **il suo lavoro e la sua formazione professionale hanno caratteristiche di originalità ed autonomia**: non una figura tributaria del medico, ma un ruolo a sé stante all'interno del lavoro d'equipe. È l'esperta addetta alla cura del malato con un nome che semanticamente esprime la massima vicinanza al malato perché ne designa la funzione ... i progressi delle tecnologie mediche richiedono un lavoro di equipe sempre più raffinato e ad alto contenuto di specializzazione. Per esempio, senza infermieri esperti non potrebbero nemmeno esistere i reparti di rianimazione, di terapia sub intensiva e patologia neonatale. **Le efficienze di un ospedale sono gran merito del corpo infer-**

**mieristico di quell'ospedale.** E i cosiddetti miracoli della chirurgia sarebbero a rischio di fallimento fin dalle prime ore dopo l'intervento, tant'è vero che non molti anni fa a un ospedale fu negata l'autorizzazione ad aprire un centro trapianti perché l'assistenza post-operatoria non offriva le dovute garanzie... Gli ospedali hanno fame di nuovi infermieri, ma non li trovano, e spesso sono costretti a rivolgersi all'estero per riempire gli organici. **In Italia abbiamo un medico ogni 150 abitanti; è un rapporto che andrebbe capovolto a favore di questa nobile professione.**

È strano, ma in un Paese che vede tanti giovani proiettati nel volontariato e nei lavori socialmente utili, è una delusione constatare che non si riesce a valorizzare il lavoro d'infermiere. Eppure, il sogno generoso del lavoro come missione appare ancora tra le motivazioni di chi questa scelta la fa. Come finirà? Quanto resisterà il sogno? Come medico che lavora da tanti anni in ospedale, conosco i ritmi massacranti ai quali sono sottoposti gli infermieri, in reparti che sono sempre sotto organico, che fanno saltare le ferie e moltiplicare gli straordinari...

Sul piano pratico, **spesso ne fanno di più dei giovani medici appena assunti**, e hanno la bontà di fare gli angeli custodi senza "tirarsela", come dicono a Milano. Con i degenti sono quasi sempre gentili, spesso molto più di molti medici, e con una pazienza che molte volte mi è parsa sovraumana. Forse, quando saranno a casa e saranno più sereni, alcuni pazienti capiranno che qualche volta sarebbe stato il caso di chiedere scusa a quell'infermiera affannata, e di rivolgerle un sorriso. **E anche noi medici dovremmo qualche scusa a queste nobili figure.**

### Sempre accanto ai malati

Di sabato, di domenica, di notte, sono gli infermieri a seguire da vicino le condizioni dei malati, e **le loro osservazioni diventano preziose per noi medici.** Nei reparti in cui è stata introdotta anche la cartella clinica infermieristica, la risposta alle cure è migliorata.

# Viaggio nella realtà infermieristica bergamasca: Treviglio

9

A cura di Simone Jamoletti

**P**rosegue il viaggio di Scripta Manent nelle realtà bergamasche per quanto riguarda la galassia Infermieri; dopo Bergamo e Clusone ci trasferiamo nella Bassa e più precisamente nella Capitale della Bassa, cioè Treviglio. Abbiamo la fortuna di incontrare il Responsabile del SITRA, la Dott.ssa **Gisella Guerini**, il Capo Sala del Reparto di Emodialisi, **Giuseppe Voddo**, e l'Infermiere Professionale **Maurizio Merlin**, operante nel Reparto di Medicina I°. A loro abbiamo posto queste domande:

**Quando pensa alla categoria infermieristica, a quale aggettivo o sostantivo le viene più naturale associarla?**

**Guerini:** Rinnovatori. In una Società dove l'individuo viene preso in considerazione e riconosciuto per quello che HA, l'Infermiere, per le regole che si è dato (Codice Deontologico), si prende carico dell'individuo per quello che E' Uomo in quanto tale, svolgendo con competenza e serietà il proprio lavoro quotidiano.

**Voddo:** Logicamente il termine più importante è Professionista.

**Merlin:** Ectoplasma in quanto, quando si parla di Sanità, si discute di servizi, strutture, costi, apparecchiature, di medici, del malato (oggi Utente) ... e gli Infermieri?

**Dovendo dare una valutazione da uno a dieci dell'importanza dell'attività Infermieristica, che voto attribuisce? A suo giudizio la valutazione varia dovendo rapportare il tutto all'attività medica?**

**Guerini:** Dovendo esprimere una valutazione da uno a dieci dell'attività infermieristica attribuirei 10 per l'importanza che la professione assume all'interno delle Professioni della Salute. Mi risulta difficile esprimere una scala di valutazione rapportando tutto all'attività medica, non rientra nei miei canoni di lettura del fenomeno.

**Voddo:** L'attività Infermieristica che il professionista esegue in maniera autonoma è da 10, varia se collabora con il medico (cui l'Infermie-

re è sempre vincolato), arrivando ad un voto tra 7 e 8.

**Merlin:** Per modestia direi 8. Non varia se vengono rispettate e mantenute le prerogative specifiche di ogni ruolo.

**Il comportamento e il modo di lavorare degli Infermieri è molto cambiato negli anni, specie se paragoniamo gli anni '70/'80 e gli anni recenti. Quali sono stati, a suo giudizio, i miglioramenti e cambiamenti più importanti?**

**Guerini:** Molti sono i cambiamenti che, dagli anni '70/'80 ad oggi hanno caratterizzato le modalità di lavoro degli Infermieri: l'informatizzazione, la tecnologia sempre più raffinata, le evidenze scientifiche, la multiculturalità, l'attenzione alla spesa sanitaria, le leggi nazionali e regionali, l'organizzazione del lavoro, la maggiore attenzione al cittadino e alle sue esigenze. Tutti questi aspetti hanno fortemente cambiato le modalità lavorative all'interno delle strutture sanitarie e territoriali. La risposta al fatto che, se tutto ciò abbia portato dei miglioramenti all'interno dell'attività lavorativa, dipende molto da quanto i Professionisti, nel loro insieme, siano in grado di cavalcare questi cambiamenti o quanto invece ne vengano travolti.

**Voddo:** Il comportamento è cambiato molto, infatti oggi l'assistenza infermieristica viene erogata in modo tale da identificare i bisogni del paziente, pianificare i relativi obiettivi, progettare e attuare i necessari interventi, valutare i risultati conseguiti in un processo ben definito. I bisogni cui l'Infermiere risponde sono ben specifici alla sua disciplina e/o professione e, grazie alla forza del proprio Profilo Professionale, egli può agire in modo autonomo rispetto al passato.

**Merlin:** Prima di tutto è aumentato il livello di preparazione, istruzione tecnico/scientifica delle nuove generazioni, vedi l'arrivo della Laurea Infermieristica, ma soprattutto il riconoscimento del Profilo Professionale. Anche se la strada per il pieno riconoscimento di questo aspetto è ancora lunga.

# 1 Viaggio nella realtà infermieristica bergamasca: Treviglio



**Il passaggio epocale dal Mansionario al Profilo Professionale ha sancito l'autonomia della nostra Professione. A suo modo di vedere tutti gli Infermieri hanno preso coscienza di questo storico cambiamento?**

**Guerini:** La legge 42/99 e la 251/00 sono pietre miliari per la professione infermieristica in quanto sanciscono l'autonomia professionale ed organizzativa dell'Infermiere; la professione si autodetermina attraverso una propria regolamentazione. Quanto questo sia diventato una presa di coscienza circa la propria responsabilità è un percorso che sicuramente i professionisti stanno intraprendendo, anche con prese di posizione rigide. Ritengo che tutto ciò faccia parte del percorso storico e di cambiamento che stiamo vivendo.

**Voddo:** Il passaggio dal Mansionario al Profilo, secondo me, non è stato ancora ben sviluppato; in certe realtà si lavora ancora seguendo il Mansionario e questo ci fa tornare indietro, invece di essere più autonomi.

**Merlin:** Assolutamente no, molti Colleghi vedono e vivono ancora la nostra Professione come essenzialmente dipendente dal Medico.

**A suo modo di vedere nell'organizzazione delle varie Unità Operative esiste ancora una sorta di scala gerarchica in cui l'Infermiere è sottoposto al Medico? O, in quanto collabora-**

**tore del processo assistenziale, deve essere visto sullo stesso livello?**

**Guerini:** Indubbiamente ritengo che l'Infermiere in quanto collaboratore nel processo assistenziale e di cura sia allo stesso livello del medico. Il problema sta nel grado di consapevolezza che l'Infermiere ha assunto circa quanto sancito.

**Voddo:** Purtroppo siamo ancora bloccati in questa scala gerarchica anche se vedo in un prossimo futuro un miglioramento.

**Merlin:** Evidentemente sì, in tutte le Unità Operative esiste una scala gerarchica sul piano del Diritto in quanto il medico è il diretto superiore dell'Infermiere, mentre sul piano del processo assistenziale dovrebbe maturare un rapporto di collaborazione paritaria.

**Per quella che è la sua esperienza, attualmente l'Infermiere è colui che segue o esegue la terapia prescritta?**

**Guerini:** L'Infermiere, in base alla nuova normativa e alla giurisprudenza, segue la terapia prescritta.

**Voddo:** Mi spiace ammetterlo, esegue la terapia, non ha ancora ben chiaro l'autonomia per poter agire (specialmente nelle pratiche più consuete).

**Merlin:** Per quanto riguarda l'Unità Operativa in cui opero, la maggior parte dei colleghi segue la terapia prescritta, perché ha modo di interagire in modo costruttivo con il personale medico in quanto quest'ultimo esegue il giro visita da solo e successivamente ha un confronto diretto con l'I.P. dove si discute delle modifiche delle terapie e di tutti gli altri aspetti (alimentazione, mobilitazione, ecc.) che riguarda il singolo paziente.

**Spesso e volentieri l'Infermiere viene utilizzato per compiti che non rientrano nello specifico Profilo Professionale: frequentemente l'Infermiere è chiamato a compiere attività meramente burocratiche (compilazione richieste, gestione cartelle cliniche ecc...); a suo giudi-**

## Viaggio nella realtà infermieristica bergamasca Treviglio

**zio, ci potrebbe essere una maggiore collaborazione con la classe medica per suddividere tali compiti?**

**Guerini:** Personalmente ritengo che l'essere utilizzato presupponga un vantaggio da parte di entrambi, sia per chi utilizza sia per chi viene utilizzato. L'assunzione della consapevolezza professionale passa anche attraverso il coraggio di dire "no" a tutto ciò che risulta essere semplicemente un atto di servilismo verso altre categorie professionali.

**Voddo:** A tale domanda penso che l'Infermiere abbia già il suo da fare riguardo all'attività burocratica (vedi scheda infermieristica, consegna, ecc...), per il resto è attività medica e rientra nel suo iter.

**Merlin:** E' vero che nella realtà di molte Unità Operative gli Infermieri Professionali divengono depositari di compiti burocratici e di segreteria, in quanto la classe medica si ritiene portatrice di compiti quasi divini e quindi non in grado di compiere mansioni di basso livello quali: trascrizione di esami ematochimici, richieste di esami strumentali o quant'altro rientri nei compiti della categoria. Tutto questo è dovuto ad un retaggio culturale duro a morire, da vecchio "Dottor Tersilli" del compianto Alberto Sordi. Auspicabile sarebbe una maggiore collaborazione tra due figure professionali specifiche e complementari con l'obiettivo del miglioramento dello stato di salute delle persone a cui sono chiamate a rispondere, nel riconoscimento e nel rispetto delle proprie competenze.

**Ritiene opportuno che vengano aumentati i momenti formativi di confronto tra Medici e Infermieri o più in specifico come fare per conciliare gli ormai famosi ECM con i problemi legati ai turni degli Infermieri?**

**Guerini:** lo credo in un processo formativo che

avenga il più possibile sul campo e che sia in grado di rispondere alle esigenze formative degli operatori e ai mutati processi organizzativi ed assistenziali. La possibilità di accedere ai crediti formativi deve essere il più possibile garantita dall'Azienda, ma la partecipazione è un dovere del dipendente. Una buona organizzazione cerca di conciliare questi due aspetti, molto in questo ambito è stato fatto ma altrettanto resta da fare a fronte del fatto che, dall'anno prossimo, terminerà la fase sperimentale, durata cinque anni e ci si avvia verso una consolidazione del fenomeno.

**Voddo:** Un grande passo in avanti ha fatto la nostra Azienda, riuscendo a far svolgere i corsi accreditati all'interno del Presidio, ma ciò è ostacolato dai turni di servizio degli Infermieri, i quali non hanno a disposizione i riposi opportuni per potere effettuare i corsi.

**Merlin:** Sarebbe certamente auspicabile una maggiore frequenza di confronto/formazione tra medici e infermieri in modo tale che le specificità di ogni figura vengano riconosciute, rispettate e utilizzate in modo corretto. Tutt'altro discorso riguarda i famosi ECM in quanto

ritengo che le responsabilità maggiori, dal punto di vista dell'organizzazione, ricadano sulle Amministrazioni delle Aziende Ospedaliere poiché le croniche carenze di organici non permettono un'adeguata organizzazione alla partecipazione ai corsi ECM se non durante gli unici giorni di riposo del Personale Infermieristico.

**La crisi "vocazionale" dei giovani rispetto alla Professione Infermieristica è ormai un dato di fatto, anche se gli ultimi rapporti fanno ben sperare. Cosa si può fare per "invogliare" un giovane affinché decida di scegliere la nostra Professione?**

**Guerini:** E' vero, gli ultimi dati delle prove di se-



# 12 Viaggio nella realtà infermieristica bergamasca: Treviglio

lezione ai corsi di laurea vedono un numero maggiore di partecipanti, ma il vero cambiamento deve avvenire all'interno dell'esercizio professionale. Spesso, però, i singoli professionisti sono restii al cambiamento e alle conseguenti ricadute in ambito professionale avvenute negli ultimi anni. Per invogliare i giovani ad intraprendere la professione infermieristica essa deve essere esercitata dagli Infermieri e quindi recepita dagli altri come autonoma, al servizio del cittadino e indispensabile alla salute del singolo. Non ultimo un maggior riconoscimento economico sarebbe auspicabile e sicuramente di forte richiamo.

**Voddo:** Direi vocazione forse una volta, oggi con l'accesso all'Università sono poche le persone che si indirizzano alla nostra professione; per questo occorre cambiare mentalità e rendere la professione più autonoma: solo così si potrà ottenere un'inversione di rotta.

**Merlin:** Al giorno d'oggi l'unica possibilità per cui un giovane possa trovare stimolante intraprendere questa professione è quella di renderla economicamente interessante. Perché di fronte ad un lungo percorso formativo (diploma, laurea...), all'impatto emotivo/psicologico con un ambiente di aspettative, sofferenze e dolore, al cambiamento della propria vita sociale legata ai turni di lavoro, che almeno ci sia un adeguato ritorno economico!

## La presenza sempre più numerosa di figure di supporto (ASA - OSS ecc...) come deve essere vissuta, secondo lei, dalla categoria degli Infermieri?

**Guerini:** La figura degli Operatori di supporto deve essere vissuta a mio parere, come la più grande opportunità per poter espletare tutte quelle attività assistenziali legate alla: rilevazione dei bisogni, pianificazione dell'assistenza e controllo delle attività. Spesso l'attribuzione di attività proprie ad altri operatori è vissuta dagli Infermieri come una depauperazione professionale. Questo succede se gli Infermieri si fermano alla mera esecuzione di attività senza progettarle, pianificarle e controllarle. E' evidente però che l'Infermiere non può esimersi dal prendere atto di un dato di fatto: la figura infermieristica è autonoma, ha dignità e responsabilità professionale pari a tutti gli altri operatori sanitari e, soprattutto, è al servizio del cittadino e non di altri professionisti con i quali deve collaborare, per quanto di competenza, al miglioramento del livello di salute.

**Voddo:** Ultimamente, l'ingresso di queste nuove figure nella realtà giornaliera dei reparti è stata vissuta in diversi modi; in alcune realtà la loro presenza ha permesso agli Infermieri di "approfittarne" facendo fare agli OSS quello che non avevano voglia di fare. La loro presenza deve essere di supporto in modo tale da migliorare l'assistenza al malato.

**Merlin:** L'aumento della presenza delle figure di supporto deve essere vissuta positivamente dalla nostra categoria in quanto queste figure possono fornirci informazioni sui pazienti al fine di sviluppare e attuare quelle attività tese al soddisfacimento e miglioramento dei loro bisogni; questo significa creare un rapporto di collaborazione e non di delega di mansioni ritenute poco professionali. E' vero anche che bisogna vigilare affinché da parte delle Amministrazioni delle Aziende Ospedaliere non si tenti di sostituire fin dove è consentito, per un mero conto economico, gli Infermieri Professionali con figure di supporto.



## Progressione di fascia verticale per infermieri assunti con Contratto Enti Locali

13

A cura di Enzo Ambrosioni

**È** una premessa tutt'altro che scontata ricordare come i Contratti vengono stipulati in osservanza delle leggi dello stato mediante gli organi preposti (su tutti ARAN e Sindacati). Quello del giusto inquadramento contrattuale è da tempo un tema sempre attuale che è stato più volte trattato e che non ha trovato ancora riscontri. La normativa afferente a questa problematica propone numerosi riferimenti legislativi che offrono chiavi di lettura spesso disparate fra loro e che continuano a "relegare" diversi colleghi in una fascia retributiva non rispondente alla professione infermieristica.

La differente competenza normativa rispetto al Contratto Sanità, sostenuta dalle amministrazioni soggette al Contratto Enti Locali e dall'ARAN, non trova riscontri nelle declaratorie utilizzate per determinare la fascia d'appartenenza contenute nella parte normativa del Contratto stesso.

Nelle citate declaratorie alla Categoria C appartengono i lavoratori che svolgono attività caratterizzate da:

- Approfondite conoscenze mono - specialistiche (**la base teorica è acquisibile con la scuola superiore**) e un grado di esperienza pluriennale, con necessità di aggiornamento;
- Contenuto di concetto con responsabilità di risultati relativi a specifici processi produttivi/amministrativi;
- Media complessità dei problemi da affrontare basata su modelli esterni predefiniti e significativa ampiezza delle soluzioni possibili;

Appartengono, ad esempio, alla categoria i seguenti profili: esperto di attività socio-culturali, agente di polizia municipale e locale, educatore asili nido e figure assimilate, geometra, ragioniere, maestra di scuola materna, istruttore amministrativo, assistente amministrativo del registro delle imprese.

Nella categoria D del Contratto Enti Locali troviamo operatori con queste caratteristiche:

- Elevate conoscenze pluri - specialistiche (**la base teorica di conoscenze è acquisibile con la laurea breve o il diploma di laurea ed un**

**grado di esperienza pluriennale, con frequente necessità di aggiornamento**);

- Contenuto di tipo tecnico, gestionale o direttivo con responsabilità di risultati relativi ad importanti e diversi processi produttivi/amministrativi;
- Elevata complessità dei problemi da affrontare basata su modelli teorici non immediatamente utilizzabili ed elevata ampiezza delle soluzioni possibili;
- Relazioni organizzative interne di natura negoziale e complessa, gestite anche tra unità organizzative diverse da quelle di appartenenza, relazioni esterne (con altre istituzioni) di tipo diretto anche di rappresentanza istituzionale. Relazioni con gli utenti di natura diretta, anche complessa e negoziale.

Fanno parte di questa categoria, ad esempio, i profili identificabili nelle figure professionali di: farmacista, psicologo, ingegnere, architetto, geologo, avvocato, specialista di servizi scolastici, specialista in attività socio assistenziali, culturali e dell'area della vigilanza, giornalista pubblicitaria, specialista in attività amministrative e contabili, specialista in attività di arbitrato e conciliazione, ispettore metrico, assistente sociale, segretario economo delle istituzioni scolastiche delle Province.

Senza fare forzature interpretative le declaratorie sopra riportate inquadrano, anche senza citarlo esplicitamente, l'infermiere nella categoria, o fascia retributiva, "D".

Cosa si può fare per ottenere il giusto riconoscimento contrattuale? Prima di tutto gli infermieri stessi devono portare all'attenzione delle relative amministrazioni le incongruenze cui sono sottoposti senza giustificazione alcuna. Si può insistere affinché le stesse amministrazioni richiedano un'interpretazione autentica del Contratto all'ARAN. Si può insistere affinché le relative RSU si facciano carico di questo problema e forniscano risposte. Il Collegio è a disposizione per eventuali chiarimenti e per sostenere queste iniziative.

# Stigmatizzazione ed emarginazione in psichiatria

A cura di Cesare Moro

**P**er rendere la lettura dell'articolo accessibile a tutti i colleghi Infermieri l'autore ha ritenuto opportuno evitare di usare termini troppo specifici che sarebbero risultati comprensibili solo agli specialisti dell'area psichiatrica, optando per un linguaggio più semplice e facilmente comprensibile. Buona lettura!

Il primo problema quando ci si trova ad affrontare il ruolo della persona affetta da un disturbo psichiatrico nella società attuale, riguarda proprio l'immagine che l'odierna società ha delle patologie psichiatriche. Senza ombra di dubbio i concetti di malattia mentale, di schizofrenia e di schizofrenico creano una visione distorta, basata principalmente su presupposti ed immagini pregiudiziali che portano alla discriminazione dei soggetti interessati.

Il nostro stesso patrimonio linguistico di vita quotidiana ci spinge verso la "negatività" riguardante il mondo della psiche; infatti noi tutti usiamo comunemente espressioni che tendono a rinforzare e trasmettere il concetto stereotipato di stigmatizzazione nei confronti delle persone con disturbi mentali. Frasi del tipo "sei matto?", "roba da matti!", "ti comporti come un matto", "mi farai impazzire!" sono di comune uso nel gergo quotidiano e vengono generalmente legate a delle situazioni che appaiono negative a coloro che osservano. L'immagine popolare verso gli ex Ospedali Psi-

chiatrici (manicomio) come luoghi da cui molti malati una volta ammessi non uscivano più, ha contribuito a rafforzare l'idea negativa che tutti i disturbi mentali sono irrimediabilmente cronici e richiedono l'isolamento.

Un altro punto che rafforza questa tesi sociale di ostilità verso il soggetto con disturbi mentali è data dall'orientamento ambivalente nei confronti di chi compie un reato grave. Infatti, per gli autori di crimini brutali viene sistematicamente richiesta la perizia psichiatrica, rafforzando attraverso i mass media l'idea comune che, i legami tra pazzia e criminalità siano fluidi. In realtà i detenuti presso le carceri Italiane sono circa 56.000 mentre i detenuti presso gli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG) sono circa 1.200<sup>1</sup>, quindi ritengo più opportuno slegare il falso filo che unisce criminalità con il disturbo di tipo mentale.

Agnes Miles, una sociologa inglese contemporanea, fa notare come i mass media contribuiscano alla diffusione di immagini standardizzate, non facendo altro che aumentare la già elevata discriminazione: il malato mentale fa notizia solo se commette un qualche reato, mai per qualche azione meritoria!<sup>2</sup>

## **Lo stigma: molti lo praticano pochi lo conoscono**

Con il termine stigma ci si rivolge ad un fenomeno di tipo sociale che attribuisce una connotazione negativa a un membro (o a un gruppo) della comunità, in modo da declassarlo a un livello inferiore rispetto al resto della collettività<sup>3</sup>.

Oggetto di studio della sociologia e dell'antropologia a partire dall'inizio degli anni sessanta, la stigmatizzazione è uno strumento utilizzato ancora oggi dalla comunità per identificare i soggetti devianti.

### **-Origini del fenomeno-**

Il teorico principale della materia è stato il sociologo canadese Erving Goffman che ha individuato le quattro fasi che portano all'attribuzione dello stigma sociale:

1) la prima fase consiste nella scelta delle differenze (biologiche, psicologiche, sociali o di altro ti-



# Stigmatizzazione ed emarginazione in psichiatria

15

po) che possono essere utilizzate per discriminare gli individui. Ad es. in termini di differenze biologiche il colore degli occhi risulta di solito irrilevante mentre il colore della pelle assume la forma di categoria sociale;

- 2) la seconda fase consiste nell'attribuire degli stereotipi negativi a queste categorie artificiali;
- 3) la terza fase consiste nell'operare una distinzione tra stigmatizzati e non-stigmatizzati;
- 4) la quarta fase consiste nell'effettiva perdita di status per l'individuo stigmatizzato. Il soggetto in questione viene quindi allontanato dal gruppo di appartenenza perché "diverso" dagli altri. La parola stigma sul dizionario sta anche a significare "marchio, impronta, segno distintivo". Per gli studiosi di salute mentale, il termine indica la discriminazione basata sul pregiudizio nei confronti del malato. Ma per un malato mentale lo stigma significa, ogni giorno, esclusione, rifiuto, vergogna, solitudine.

Il pregiudizio nei confronti dei malati mentali ha radici che affondano nel tempo e si propagano ancora oggi in tutti i paesi, specialmente in quelli più sviluppati. Nasce e cresce su un terreno di false informazioni accettate in modo passivo e acritico. Le convinzioni alla base dello stigma sono sbagliate perché non riconoscono la possibilità alle persone affette da disturbi mentali, se adeguatamente curate, il recupero delle capacità intellettive e razionali compatibili con una vita sociale attiva e produttiva.

Lo stigma oltre ad essere un atteggiamento infondato e sbagliato, è il principale ostacolo alla cura poiché genera un circolo vizioso di emarginazione e pregiudizio. Il malato, in fuga dalla propria condizione per timore dello stigma, non riesce a migliorarsi e si isola, peggiorando il proprio stato di esclusione e rafforzando il pregiudizio stesso.

Sarebbe molto più opportuno iniziare col riconoscere che il malato mentale è semplicemente una persona colpita da una malattia, che egli non ha scelto di sua spontanea volontà, dovrebbe quindi essere immediata l'assunzione di un atteggiamento corretto e solidale nei suoi confronti.

Tutti coloro che credono nella stigmatizzazione

dei malati mentali, forse senza saperlo, conoscono ed apprezzano Van Gogh, Dino Campana e il matematico premio nobel John Nash che erano affetti da patologie di tipo psichiatrico. Oggi con gli strumenti di diagnosi e di cura disponibili (farmacologici, psicoterapici e sociali) è possibile e doveroso aiutare il malato mentale a liberarsi dal guscio di impotenza e di inerzia imposto dallo stigma.

Negli ultimi anni la medicina e la ricerca scientifica hanno fatto straordinari progressi nel campo della salute mentale, sia nell'identificazione dei vari disturbi che nell'individuazione di specifiche possibilità di cura.

Eppure, ancora oggi, la maggior parte delle persone non sa cosa sia realmente una malattia mentale e, soprattutto non sa che una persona colpita da tali disturbi può migliorare e guarire.

L'ignoranza sull'identità medica della malattia mentale è spesso la prima causa del più grave errore di percezione, interpretazione e comportamento che la società commette nei confronti del malato. È quindi importante promuovere una corretta informazione sulle patologie psichiatriche, far conoscere la curabilità dei disturbi mentali e, soprattutto, incrementare la lotta allo stigma sensibilizzando i cittadini a una maggiore solidarietà nei confronti delle persone che ne sono affette.

La "non comprensione" spesso è legata alla "non conoscenza", in quanto se il cittadino non sa minimamente cosa sia una malattia mentale è logico che tenda ad avere timore e quindi ad emarginare. Tocca dunque ai professionisti della sanità riuscire ad informare e coinvolgere la collettività nella problematica, il medico e l'infermiere possono cercare un punto di collaborazione con la società, provando a creare momenti di condivisione tra malati mentali e popolazione.

## La malattia mentale e l'emarginazione

Nell'odierna società la malattia mentale occupa spazi rilevanti rispetto alle altre patologie somatiche, nelle rappresentazioni dell'immaginario simbolico comune.

Storicamente, la follia ha sempre generato do-

mande e risposte che si sono spinte oltre il vero fatto biologico, rinviando l'interpretazione del significato a luoghi comuni di carattere metafisico.

Ad esempio, può essere utile per la comprensione ricordare che nelle concezioni «primitive», le cause delle malattie mentali si riferivano in genere a fattori di natura soprannaturale (quindi non dipendenti dalle scelte di vita dell'uomo), fino a includere mali biologici, disordini della natura, e altre punizioni d'origine divina.

Attualmente, le conoscenze comuni e le pratiche per curare i disordini mentali non sono certamente più quelle delle società arcaiche, dove i medici erano gli esperti religiosi venerati e temuti, e neppure quelle dei decenni precedenti alla abolizione dei manicomi, in cui i pazienti venivano allontanati ai margini della società per poter negare la loro esistenza.

Tuttavia, ancora oggi, persistono i pregiudizi e gli stereotipi negativi nei confronti della malattia mentale, il pensiero comune associato alla pericolosità legata ai Servizi psichiatrici e ai loro utenti crea un palese atteggiamento di chiusura verso i soggetti affetti e una spiccata mancanza di comprensione verso il loro inserimento sociale.

Nel contesto culturale occidentale, la malattia mentale è divenuta, nei diversi momenti storici, un deposito per la collettività di problematiche non elaborate e di tensioni irrisolte.

Tale fenomeno non si registra in eguale misura in altri contesti culturali, al punto che alcuni stati mentali non usuali che in Occidente sono considerati patologici, in altre parti del mondo vengono invece giudicati normali o addirittura superiori (isterismo artico, trance etc.).

Con il passare degli ultimi venti anni, dopo l'avvio delle correnti di riforma psichiatrica in alcuni paesi occidentali (la Community Psychiatry negli Stati Uniti, la Psichiatria di settore in Francia, la Psichiatria territoriale in Italia, il Movimento delle Porte Aperte in Inghilterra etc.), si sono registrati cambiamenti significativi sul piano culturale, sociale e assistenziale, che hanno contribuito senza ombra di dubbio a promuovere alcune modificazioni positive negli atteggiamenti verso i malati di mente,

e a ridurre quelli che sono i fenomeni di istituzionalizzazione prolungata e gli effetti dell'emarginazione e dell'allontanamento sociale.

Tuttavia, ancora oggi, le persone con disturbi psichiatrici, con particolare riferimento alle situazioni cliniche gravose e alle sindromi psichiatriche cronizzate, non sono in grado di diventare dei soggetti attivi e partecipi nella società, essendo spesso costretti a una vita emarginata e lontana dal comune, in un contesto sociale che li rifiuta e che, direttamente o indirettamente, contribuisce ad accentuare il loro sentimento di insufficienza e inadeguatezza nella vita.

Esistono dei segnali sempre più numerosi che obbligano ad una riflessione: la tendenza all'allontanamento di questa tipologia di soggetti si sta riaffermando con maggiore vigore.

### **Le persone schizofreniche sono pericolose?**

Per rispondere a questa domanda va detto innanzitutto che, le persone che soffrono di schizofrenia per lo più sono miti, appaiono spesso indifese, a volte depresse, e risultano essere spesso vittime di reati più che autori di reati.

Ogni tanto la stampa nazionale riporta casi di cronaca nera in cui l'omicida soffre di un disturbo mentale grave. Per lo più si tratta o di persone con diagnosi di grave depressione o di schizofrenia. Sono casi molto rari, se si pensa a quanto tali disturbi siano frequenti. Se si fa una inchiesta mirata non tanto a trovare il colpevole, quanto a capire cosa fare per rendere questi orribili eventi sempre meno frequenti, si scopre, di solito, che si tratta di persone che non sono seguite dai Servizi o che, per motivi spesso indipendenti dalla volontà dei singoli professionisti, non sono state seguite come avrebbero dovuto o hanno scelto di interrompere il percorso di cura.

Secondo il trattato dell'OMS uscito il 4 Ottobre 2006 e dedicato alla salute mentale, risulta che le malattie mentali sono più diffuse del previsto, ma che esistono buoni strumenti per trattarle in modo efficace.

Le malattie mentali costituiscono un problema di grande rilievo sociale. Il trend epidemiologico è in

# Stigmatizzazione ed emarginazione in psichiatria

17

costante aumento, con una crescita che riguarda prevalentemente i Paesi occidentali a più alto sviluppo industriale. Questo fenomeno riguarda tutte le classi di età e rappresenta una sfida notevole per la salute pubblica. L'impegno dei sistemi di prevenzione e cura è naturalmente più elevato per quelle patologie con alto rischio di compromissione personale e sociale, come le psicosi schizofreniche e le psicosi affettive.

È tuttavia dimostrato che le condizioni di vita soggettive e oggettive delle persone con disturbi mentali, ancorché gravi, non dipendono solo dalla gravità della malattia. Lo stigma e la discriminazione del malato di mente, dei suoi familiari, e addirittura dei professionisti che se ne occupano, producono conseguenze assai negative in termini di ritardato o mancato accesso alle cure, privazione di diritti di cittadinanza e causa principale di emarginazione sociale. Diventa, pertanto, cruciale il grado di accettazione del malato all'interno della famiglia e nella società in generale, accettazione spesso ridotta a causa della discriminazione di cui vengono fatte oggetto le malattie mentali. A ciò si aggiunge il fatto che nell'opinione pubblica sono radicati i pregiudizi sui malati mentali, etichettati come incurabili o inguaribili, sporchi o trasandati, pericolosi e violenti.

## **Cosa pensano gli italiani dei disturbi mentali?**

La popolazione generale riporta nello stigma tutte le false credenze comuni sulla persona con disturbo mentale, queste convinzioni sono alimentate spesso dalla non conoscenza della patologia e dall'alone di paura che una volta circondava gli ospedali psichiatrici ed i loro detenuti.

Alcune false credenze:

- nessuno guarisce dalla schizofrenia;
- la schizofrenia non è un disturbo curabile;
- le persone con schizofrenia sono normalmente violente e pericolose;
- le persone con schizofrenia possono contagiare gli altri con la loro pazzia;
- le persone con schizofrenia sono pigre e inaffidabili;
- la schizofrenia è il risultato di una deliberata

mancanza di volontà e di carattere ("la persona potrebbe darsi una mossa se volesse");

- tutto quello che dicono le persone con schizofrenia è senza senso;
- le persone con schizofrenia non possono riferire in modo affidabile gli effetti del trattamento o altre cose che accadono loro;
- le persone con schizofrenia sono completamente incapaci di prendere decisioni razionali riguardo la loro vita (per es. dove vivere);
- le persone con schizofrenia sono imprevedibili;
- le persone con schizofrenia non possono lavorare;
- la schizofrenia è spesso colpa dei genitori.

Queste credenze possono rendere più chiaro l'attuale quadro di critica ed emarginazione in cui vivono le persone con un disturbo di tipo psichiatrico.

Negli ultimi decenni la stigmatizzazione e l'intolleranza verso le diversità sono diventate un fenomeno sempre più presente in particolar modo verso la diversità che può derivare da una malattia mentale. Per le persone affette da un disturbo mentale la stigmatizzazione è una dimensione della sofferenza che si aggiunge all'esperienza della malattia; ritardando spesso il ricorso del malato alle cure specialistiche, diventando così la fonte principale di un grave isolamento sociale; che spesso porta all'incapacità di trovare una casa o un lavoro stabile, a dei comportamenti di abuso di alcool e di sostanze ed a dei fenomeni di emarginazione.

Per tale motivo l'Associazione Mondiale di Psichiatria (WPA) ha, da alcuni anni, intrapreso un



programma internazionale volto alla riduzione dello stigma causato dalla malattia mentale. L'obiettivo di questo programma, ormai attivo in diversi paesi del mondo (tra cui l'Austria, la Germania, la Spagna, la Grecia, l'Egitto, il Canada, la Gran Bretagna, l'Italia e l'India), è quello di contrapporsi e di prevenire la discriminazione delle persone che soffrono di un disturbo mentale, al fine di eliminare problemi specifici che causano sofferenza.

### Evitiamo di incappare nello stigma?

La maggior parte degli individui soggetti a stigmatizzazione cerca di ribellarsi a questo processo ritenuto profondamente ingiusto. Ciò è possibile grazie a tre modalità principali:

- a) celare o tacere gli indizi su cui si fonda lo stigma sociale;
- b) attuare delle tecniche di neutralizzazione volte a giustificare la devianza, soprattutto nei casi di devianza sociale;
- c) cercare di organizzare una rete di aiuto comune tra stigmatizzati dello stesso tipo.

Questo tipo di reazioni erano state in parte applicate nella decisione della comunità, di allontanare in passato dal vissuto sociale le persone affette da una patologia mentale rinchiudendole nelle strutture manicomiali. All'interno degli ospedali psichiatrici i soggetti malati stavano a contatto solo con i diversi, ritenuti tali perché non soddisfacevano i comuni standard della collettività del tempo. Si può dunque affermare che lo stigma nasce con l'uomo, infatti per natura l'essere umano tende ad allontanare ciò che secondo la propria cultura è differente da sé stesso, questo perché non è mai stato insegnato ad accettare la diversità come un apporto positivo anziché una penalizzazione.

E' dimostrato che la qualità di vita e le possibilità di recupero di chi soffre di un disturbo mentale non dipendono solo dalle cure che riceve, ma anche dall'atteggiamento nei suoi confronti da parte delle persone che incontra nella vita quotidiana (il cosiddetto "sostegno sociale" risulta essere il migliore fattore protettivo contro i disturbi mentali),

dalla possibilità che ha di frequentare centri e servizi aperti a tutti e dalle aspettative degli altri, in primo luogo dei professionisti della salute mentale e di chi vive loro accanto.

Le previsioni spesso si realizzano perché le persone si comportano in modo da renderle vere (le cosiddette "profezie che si autorealizzano"): così, se si è convinti che una persona non supererà il proprio disturbo, questa probabilmente non lo supererà, e viceversa. Importante è quindi per gli operatori cercare di avere un atteggiamento costruttivo e un effetto positivo.

I pregiudizi possono condurre la persona malata e i suoi famigliari a sentirsi impotenti, a vergognarsi, e questo loro atteggiamento, soprattutto se rafforzato dalle reazioni dell'ambiente in cui vivono, può portare a cercare con ritardo le cure efficaci e a non frequentare i centri dove vengono attuate.

Sarebbe molto utile ricordare sempre questi piccoli punti per evitare di inciampare nello stigma e nel pregiudizio:

- tratta chi soffre di schizofrenia come vorresti essere trattato tu. Le cose che servono a loro sono le stesse che servirebbero a rendere più piacevole la tua vita: cordialità, amicizia, la possibilità di frequentare luoghi di incontro aperti a tutti senza sentirsi discriminati, un lavoro o una attività che li faccia sentire utili;
- aiutali a fissare obiettivi, anche piccoli, e a lavorare per raggiungerli, esprimendo loro apprezzamento piuttosto che critiche, scherzando e sorridendo con loro e non di loro. Sono qualche volta un po' strani, ma forse l'incontro con qualcuno di diverso può arricchire anche te;
- segnala ai Centri di Salute Mentale o ai centri di ascolto delle Aziende Sanitarie o alle associazioni di volontariato che operano in questo campo (spesso costituite da familiari di chi soffre dei disturbi e qualche volta da chi ne ha sofferto), i casi di persone che si sono lasciate andare, non si prendono più cura del loro aspetto, vanno male nello studio o nel lavoro, fanno discorsi strani, parlano per la strada con qualcuno che non c'è, vedono negli altri in modo ingiu-

## Stigmatizzazione ed emarginazione in psichiatria

19

stificato dei nemici, non escono più di casa o minacciano di uccidersi (non è assolutamente vero che chi dice che si vuole suicidare, poi non lo faccia);

- ricorda che ci sono interventi efficaci ed è importante che queste persone possano riceverli. Un esempio è rappresentato dalla prima Campagna nazionale per la salute mentale **“Non è diverso da te. Curare i disturbi mentali si può, nessun pregiudizio, nessuna esclusione”** che nasce su iniziativa del Ministero della Salute e si avvale della collaborazione delle associazioni più rappresentative a livello nazionale del mondo del volontariato quali Unione Nazionale delle Associazioni per la Salute Mentale (UNASAM), Difesa degli Ammalati Psichiatrici GRAvi (DIAPSI-GRA), Associazione per la riforma dell'Assistenza Psichiatrica (ARAP) e Fondazione Idea e delle società scientifiche Società Italiana di Psichiatria (SIP), Società Italiana di Neuropsicofarmacologia (SINPF) e Società Europea di Psichiatria (SEP).

La campagna ha voluto sottolineare l'importanza della prevenzione primaria e secondaria e permettere l'avvicinamento delle persone con disturbi mentali e i soggetti a rischio ai servizi territoriali per la salute mentale. Inoltre ha favorito la conoscenza di tipo medico e sociale su determinate patologie da parte della collettività. Il Ministero della Salute Italiano ha deciso di applicare sul campo parte delle raccomandazioni dell'OMS effettuando un Programma Nazionale di comunicazione ed informazione contro lo stigma ed il pregiudizio nei confronti delle malattie mentali, con il coinvolgimento del Ministero della Pubblica Istruzione.

Gli obiettivi generali preposti dal Ministero si fondavano sul desiderio di contrastare gli effetti negativi dello stigma e della discriminazione, realizzando un programma di comunicazione, rivolto alla popolazione generale, con particolare riferimento al mondo giovanile.

Ecco cosa si propone il Ministero della Salute:

- aumentare le conoscenze e la comprensione sulla natura delle malattie mentali e sulle di-



verse possibilità di trattamento soprattutto nel campo dell'integrazione culturale e sociale;

- promuovere iniziative volte a migliorare l'atteggiamento generale verso le persone affette da disturbi mentali ed i loro familiari;
- promuovere azioni specifiche che prevengano e superino la discriminazione e il pregiudizio in specifici gruppi sociali.

Il lavoro all'interno dei Servizi psichiatrici è oggi orientato alla presa in carico della persona che soffre di un grave disturbo psichiatrico, una presa in carico competente, che fonda il proprio operato sull'alleanza terapeutica. Una vera presa in carico svolta con competenza e continuità diminuisce sino a quasi annullarla la possibilità di agiti aggressivi verso gli altri.

Esiste però la convinzione che se una persona è seguita da un Servizio psichiatrico questo debba farsi carico in toto di rispondere ai bisogni e alle mutevoli possibilità di espressione degli stessi. In genere chi soffre di un disturbo psicotico va trattato esattamente come qualunque altra persona. Faccio solo un esempio che è quello più eclatante: se un paziente è violento, formula minacce o ha un comportamento disturbante, va segnalato non solo ai servizi psichiatrici che lo hanno in cura, ma in prima istanza alla forza pubblica preposta alla sicurezza dei cittadini, al fine di permettere che vengano presi i necessari provvedimenti.

Essere dei professionisti in una struttura psichiatrica non è diverso dall'operare con altri pazienti. Ciò che sono diversi e assolutamente specifici sono i bisogni che questi pazienti portano e la modalità con la quale vengono manifestati. Il professionista considera sempre la persona in quanto tale e non una semplice diagnosi o categoria diagnostica.

Il consiglio è quello di leggere le emozioni (paura, rabbia, noia, ecc...) che la relazione con la persona affetta da grave disagio mentale provoca: la capacità di adeguare, personalizzare la propria reazione alle "emozioni" provate, evita di inciampare nello stigma e nella solita frase "tanto sono tutti uguali!".

#### RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- Δ Erving Goffman. *Stigma: l'identità negata*. Ombrecorte, Verona, 1983
- Δ Jones M., *La Psichiatria nell'ambiente sociale*, Il Saggiatore, Milano 1974
- Δ Miles A., *The Mentally ill in Contemporary Society*, Robertson, Oxford 1981
- Δ Valle A., *Matti da Levare*, La meridiana libri neri, Bari 2002
- Δ Lifredo C., *Ruolo dell'infermiere professionale nei Servizi di Salute Mentale*, Minerva Psichiatria, N.34, 1993
- Δ Garzotto N., Lattanti M., *Elementi Teorici e Pratici di Psichiatria per Infermieri ed Operatori di Base*, Piccin, Padova, 1996
- Δ Tacchini M.A., *Professione Infermiere nei Servizi Psichiatrici: dalla Teoria alla Prassi*, Masson, Milano 1998
- Δ Contini G., *Il Miglioramento continuo della Qualità nella Riabilitazione Psichiatrica*, Centro Scientifico Editore, Torino, 1999
- Δ Basaglia N., Gamberoni L., *L'Infermiere della Riabilitazione*, Edi-Ermes, Milano, 1998
- Δ Libermann R.P., *La Riabilitazione Psichiatrica*, Raffaello Cortina Editore, Milano, 1997
- Δ Wing J., *Social Influence on the course of schizophrenia*, Wiley, New York, 1978
- Δ Leff J., Vaughn C. "The role of Maintenance Therapy and Relatives EE in Relapse of Schizophrenia: A two-year follow-up". *British Journal of Psychiatry*, 139: 102-104. 1981.
- Δ Ian R. H. Falloon, Robert P. Liberman, *Interazione tra farmaci e terapie psicosociali nella schizofrenia*.
- Δ "Il contributo infermieristico nella lotta allo stigma in psichiatria"; tesi di laurea Università degli Studi Facoltà di Medicina e Chirurgia di Pavia, Anno accademico 2005/2006 di Silvia Facciola, relatore Cesare Moro.

<sup>1</sup> Ministero della Salute 2005

<sup>2</sup> Miles A., *The Mentally ill in Contemporary Society*, Robertson Oxford 1981

<sup>3</sup> Dizionario della lingua italiana, Garzanti 2003

# Prima Conferenza Nazionale sulla libera professione Infermieristica

21

A cura di Massimiliano Russi e Gianluca Solitro

## Brescia, 13 ottobre 2007

Si è aperta con il telegramma augurale del Presidente del Senato, **Francesco Marini**, la Prima Conferenza Nazionale sulla Libera Professione organizzata da ENPAPI e IPASVI, tenutasi presso l'Auditorium della Camera di Commercio di Brescia.

La Conferenza si è posta vari obiettivi: in primo luogo, la determinazione di voler rappresentare il percorso compiuto in questi anni dalla Libera Professione Infermieristica; si è voluto far comprendere la sinergia messa in atto da IPASVI ed ENPAPI nei diversi ambiti di conoscenza, sublimandola in un'azione politica unitaria. Inoltre, prendendo atto dei cambiamenti della Professione, si sono affrontati i principi per un corretto esercizio della professione autonoma. Infine, la presentazione dei progetti ENPAPI per la "protezione" non solo dei propri iscritti ma anche dei lavoratori subordinati che in futuro intenderanno avvalersi dei servizi dell'Ente di Previdenza.

La prima a prendere la parola è stata la Presidente Nazionale dei Collegi IPASVI, **Annalisa Silvestro**, la quale ha voluto sottolineare quanto la professione infermieristica sia oggi "evidente e visibile" attraverso l'uso consolidato di risorse tecniche, relazionali, umane e professionali. Il governo della salute pubblica passa ora anche nelle mani di Infermieri sempre più capaci ed "omogeneamente" preparati. L'Infermiere di oggi è sempre più in grado di porsi come interlocutore qualificato per la cittadinanza, le professioni e le istituzioni.

Silvestro ha voluto soprattutto mettere l'accento sugli sforzi compiuti, negli ultimi anni, dall'IPASVI e dai Ministeri dell'Istruzione e della Salute per incentivare le iscrizioni ai corsi di Laurea per Infermiere.

L'Infermiere Libero Professionista rappresenta ora un fondamentale "valore aggiunto" al Sistema Sanitario Italiano. Diviene quindi indispensabile espandere il prima possibile la libertà di esercizio autonomo alle strutture non solo ospede-

raliere ma anche a tutte le piccole e grandi realtà private e territoriali.

A seguire ha portato i suoi saluti il Presidente Nazionale dell'ENPAPI, **Mario Schiavon**, che ha subito messo in evidenza gli sforzi compiuti per tutelare i Liberi Professionisti. Schiavon ha sottolineato la peculiarità della nostra Professione sostenendo che essa è, in primo luogo, sinonimo di solidarietà: solidarietà verso i pazienti ma anche verso i colleghi. Ed è anche sinonimo di assistenza verso chi soffre ma anche verso i colleghi più anziani o in difficoltà.

Dopo Schiavon, è stata la volta di **Federica Renica**, Presidente del Collegio ospitante, che dopo i saluti ha snocciolato i dati riguardanti il territorio bresciano, ove la Libera Professione ha mosso i suoi primi passi nel 1995: ad oggi, nella Provincia di Brescia operano 497 Liberi Professionisti, sono attive 3 cooperative sociali e 18 studi associati. Renica ha voluto ricordare il ruolo fondamentale del Collegio che deve essere garanzia di tutela e trasparenza per gli iscritti ma soprattutto per l'utenza. L'esercizio della Li-



## 22 *Prima Conferenza Nazionale sulla libera professione infermieristica*

bera Professione va infatti inteso non solo come singolo evento legato all'Infermiere ma anche come momento di Educazione Sanitaria rivolta ai colleghi ed alla cittadinanza.

Dopo i saluti introduttivi, **Marina Capparucci**, Docente di Economia del Lavoro presso la "Sapienza" di Roma, ha affrontato i problemi legati alla Liberalizzazione del mercato del lavoro prestando particolare attenzione a tre aspetti:

- Riflessione sul concetto e sul processo di liberalizzazione del mercato;
- Mercato del lavoro infermieristico tra accessi programmati e sbocchi regolamentati;
- Intermediazione nel mercato del lavoro e riforma delle professioni.

Sulla base delle modificazioni avvenute negli ultimi anni, con l'introduzione delle storiche riforme "Treu" e "Biagi", Capparucci si è chiesta quali fossero le strade da percorrere per eliminare rapidamente "lacci e laccioli" che imbrigliano i meccanismi della concorrenza sul mercato del lavoro: in primo luogo, vanno calmierati i prezzi tenendo alta la qualità del servizio offerto; in secondo luogo deve entrare in gioco l'Ordine Professionale che deve avere il duplice ruolo di vigilanza sull'attività dei liberi professionisti e contestualmente deve garantire l'aggiornamento professionale.



Ma quali sono in particolare, gli elementi che caratterizzano la liberalizzazione del mercato lavorativo?:

- informazioni perfette su domanda ed offerta;
- elevata mobilità territoriale dei lavoratori con relativi costi di trasferimento;
- omogeneità delle caratteristiche dei lavoratori;
- libero fluire delle retribuzioni.

Entrando nel dettaglio del mercato del lavoro infermieristico, il problema più attuale è lo "sbilanciamento" tra nuovi Infermieri in entrata e Infermieri in uscita/pensione. Il secondo principale problema è il diverso grado di preparazione ed il differente "modus operandi" tra professionisti italiani e stranieri.

La salute è un "bene pubblico" che deve essere distribuito in maniera equilibrata ma la situazione attuale non rende facile l'applicazione di quanto sovraccitato; i dati presentati da Capparucci sono disarmanti. In Italia abbiamo 342.000 Infermieri di cui:

- 70% impiegati nel S.S.N.;
- 20% impiegati nelle strutture private;
- 10% liberi professionisti.

La rappresentanza femminile in Italia si attesta al 79%, mentre in Europa è:

- 83% in Spagna;
- 87% in Francia;
- 90% nel Regno Unito ed in Grecia;
- 92% in Irlanda ed in Croazia.

Ma il dato più preoccupante (periodo settembre 2004-agosto 2005) è quello relativo al turnover tra nuove assunzioni e pensionamenti:

- 7.000 laureati nuovi assunti;
- 16.000 pensionamenti.

Secondo una recente stima OCSE/IPASVI in Italia mancano tra i 62.000 e i 99.000 Infermieri. E i dati sono ovviamente destinati a peggiorare.

La situazione è talmente allarmante da obbligare nel 2005 il Governo a reiterare il decreto del 2001 che da una parte consentiva la riassunzione di Infermieri andati in pensione e dall'altra la stipula di contratti a tempo determinato di un

# Prima Conferenza Nazionale sulla libera professione Infermieristica 23

anno, o il pagamento con tariffe libero professionali delle prestazioni extra-orario di chi era in ruolo.

Sicuramente non giova a migliorare la situazione il fatto che i percorsi per arrivare alla Laurea sono molto selettivi (di fatto solo il 10% riesce a superare le prove di ammissione).

L'altra questione preoccupante è quella legata agli infermieri che giungono dall'estero: gli infermieri stranieri sono stimati attualmente attorno alle 20.000 unità: il 70% di questi provengono da paesi extracomunitari: questi lavoratori sono spesso fonte di problemi per i colleghi italiani per il non eguale grado di preparazione, il diverso ritmo lavorativo ed il differente modo di operare; non va trascurato inoltre il fatto che spesso e volentieri questi colleghi giungono in Italia con contratti non propriamente regolari o al limite della legalità (leggasi agenzie interinali, "pseudocooperative", ecc....). Ad aumentare la confusione vi è anche una poco proficua sovrapposizione tra i vari Enti (ASL? Ispettorato del Lavoro? Ordini? NAS?) chiamati a vigilare sulla regolarità dei contratti lavorativi.

Il professor **Costantino Cipolla**, Docente di Sociologia presso l'Università degli Studi di Bologna, ha affrontato il tema: "Verso quale Nursing Care?"; Cipolla ha sottolineato l'evoluzione "mostruosa" della figura infermieristica dal dopoguerra ad oggi, che si sta rapidamente distaccando dalla figura del medico anche agli occhi dell'utenza. La "professionalità" che l'Infermiere saprà mettere in atto nel prossimo futuro sarà sempre più a base scientifica; sarà sempre più autonoma, rispetto ai medici ed alle istituzioni; diverrà più flessibile ed "orientata all'altro". Sarà una professionalità a cavallo fra **management** organizzativo e presa in carico del malato (**care** e non **cure**). Si tratterà quindi di una professionalità orientata alla progettazione e alla ricerca (EBN) e in grado di gestire l'**e-care** che la riguarda.

Cipolla si è poi chiesto quale modello di nur-

sing-care verrà sviluppato?

Nove sono le variabili che andranno prese in considerazione:

- Relazione come coinvolgimento e comunicazione;
- Un "prendersi cura" a base etica (centrato sul paziente);
- Autonomia professionale (con presupposti formativi e scientifici);
- Vincoli di natura organizzativa e vocazione del paziente;
- Aderenza al Codice Deontologico e "valorizzazione" del cittadino-paziente (empatia);
- Cura, educazione e prevenzione;
- SBN (Science Based Nursing); OBN (Opinion Based Nursing); NBN (Narrative Based Nursing);
- Qualità professionale, organizzativa e così "come viene percepita dal malato";
- Percorsi di specializzazione e di transculturalità.

Dopo l'intervento del prof. Cipolla si è tenuta la tavola rotonda, moderata dalla giornalista del "Tg2" **Daniela Vergara**, che ha posto interrogativi di varia natura agli ospiti intervenuti. **Annalisa Silvestro**, rispondendo a Vergara che le chiedeva cosa è successo dal 1994 ad oggi, ha sottolineato che l'Infermiere sta "cambiando pelle"; in particolare, riferendosi ai Liberi Professionisti, ha spiegato che essi sono oggi gli interlocutori privilegiati nel campo dell'Assistenza Oncologica. Alla tavola rotonda ha partecipato l'on. **Pierluigi Mantini** che, invitato a parlare in merito agli ultimi sviluppi relativi alla tanto attesa "Legge 43", ha garantito che il passaggio epocale da Collegio ad Ordine avverrà a breve. Sollecitato sulla possibilità di avere a breve l'"Infermiere intramoenia", l'on. Mantini ha detto che si tratta di un discorso prematuro poiché prima è fondamentale far crescere la Professione in generale. **Massimo Angrisani**, Docente di Tecnica Attuariale per la Previdenza presso la Sapienza di Roma, ha rassicurato la platea sulle future possibi-

# 24 *Prima Conferenza Nazionale sulla libera professione infermieristica*

lità lavorative per tutti gli infermieri, sottolineando l'enorme potenziale di pazienti/clienti a disposizione a causa dell'inevitabile invecchiamento della popolazione italiana (Angrisani affermava che il numero degli "ultrasessantacinquenni" è destinato a raddoppiare nel giro di quaranta-cinquantanni).

## **LE NOVITA' DI NATURA FISCALE E NORMATIVA**

La sessione pomeridiana, coordinata da Mario Schiavon, si è occupata di approfondire le ultime novità di natura fiscale e normativa.

In particolare, l'avvocato **Francesca Nappi** ha illustrato nel dettaglio quello che è l'iter iniziale da seguire per avviare la libera professione ovvero:

- iscrizione al collegio IPASVI;
- apertura della partita I.V.A.;
- iscrizione all'ENPAPI.

Dal punto di vista fiscale le novità di maggiore interesse per i liberi professionisti riguardano il "decreto Bersani" sulle "liberalizzazioni"; dopo aver ricordato la nota dolente dell'abolizione del Tariffario Nazionale, **Sergio Ceccotti**, Dottore Commercialista, e **Fabio Fioretto**, Direttore Generale ENPAPI, hanno illustrato nel dettaglio i principali cambiamenti:

- **OBBLIGATORIETA' DEL CONTO CORRENTE PROFESSIONALE:** sulla base delle informazioni in possesso dell'ENPAPI, il decreto impone di avere un conto corrente "dedicato" all'attività lavorativa autonoma in modo di consentire la

verifica trasparente delle operazioni bancarie; in alternativa si può mantenere il proprio "vecchio" conto corrente purchè non sia "cointestato".

- **DEDUCIBILITA' DELLE SPESE AUTO:** la deducibilità delle spese auto è stata ridotta dal 50% al 25%; tuttavia, a seguito delle numerose proteste già in atto, il dott. Fioretto ha rassicurato la platea affermando che la deducibilità tornerà al 40%
- **OBBLIGATORIETA' DELLA COMPILAZIONE F24 ON-LINE;**
- **DEDUCIBILITA' DELLE SPESE DI TELEFONIA DA "FISSO" E "MOBILE" ALL'80%;**
- **POSSIBILITA' PER I PROFESSIONISTI DI FARE PUBBLICITA' ALLA PROPRIA ATTIVITA' IN TUTTE LE FORME.**

Un'altra importante novità è legata all'**I.R.A.P.:** sono già più di ottanta i pronunciamenti della Corte di Cassazione che ha deliberato l'esenzione dal pagamento dell'I.R.A.P. per tutti i liberi professionisti che svolgono l'attività in forma individuale, senza beni strumentali e/o senza collaboratori; è facile prevedere che, a breve, la posizione della Cassazione faccia mutare la normativa vigente.

Come ultima novità, non per questo meno importante delle altre, va segnalata la rateizzazione del contributo previdenziale dovuto all'E.N.P.A.P.I.: non più due anticipi ed un saldo bensì sei rate a cadenza bimestrale, con bollettini precompilati dall'Ente di Previdenza.



## Assistenza domiciliare integrata: il parere della Presidente e del Consiglio Direttivo 25

**Pubblichiamo l'articolo inviato all'Eco di Bergamo e alla Direzione Generale Sanità, dove si esprime la posizione del Consiglio Direttivo del Collegio Provinciale in merito all'attuale situazione del Servizio ADI in Provincia di Bergamo.**

A seguito degli avvenimenti che si sono verificati negli ultimi mesi, relativamente al Servizio ADI (Assistenza Domiciliare Integrata) per iniziativa dell'ASL di Bergamo, il Collegio IPASVI della Provincia di Bergamo, per il tramite del proprio organo rappresentativo, con la presente intende esprimere il proprio parere su una situazione ormai divenuta intollerabile e che coinvolge una intera categoria professionale che è di continuo messa in cattiva luce e che non merita di essere screditata.

L'Infermiere è un professionista, che, nell'espletamento della propria attività, mette a disposizione il proprio bagaglio di conoscenze professionali, per la tutela della salute. In ogni azione svolta da un Infermiere l'obiettivo finale è l'ottenimento del benessere della persona malata, rispondendo ai suoi bisogni perché riacquisti lo stato di salute o viva in modo dignitoso l'eventuale fase terminale della propria malattia.

In forza delle sopra riferite motivazioni etiche e professionali, che animano l'attività dell'intera categoria, è ritenuto alquanto inopportuno che gli Infermieri che erogano l'assistenza domiciliare, vengano costretti ad "abbandonare" i propri assistiti per problemi tecnico-organizzativi e di budget economico, come è avvenuto di recente.

"L'assistenza e cura post acuta e cronica si avvarrà dell'implementazione dell'assistenza domiciliare integrata, dell'ospedalizzazione domiciliare, dell'assistenza semi-residenziale e residenziale spostando il baricentro dell'azione sanitaria per le persone fragili dall'ospedale o dalla RSA al territorio...".

"...promuovere ogni forma d'azione volta a garantire ai cittadini fragili la continuità assistenziale che va dal sistema sociale a quello sanitario e viceversa....".

Con queste sole poche righe la Regione Lombardia, con l'emanazione del Piano Socio Sanitario Regionale 2007-2009, ha esplicitato gli obiettivi che si propone di raggiungere attraverso le ASL.

L'invecchiamento della popolazione e il conseguente aumento delle patologie cronico-degenerative, hanno infatti da anni portato il sistema sanitario lombardo a spostare la cura dei pazienti dall'ambito ospedaliero a quello domiciliare.

Scelta, questa, dettata da diverse motivazioni, anche di tipo economico e di cui, in ultima analisi, il beneficiario assoluto è il cittadino, la persona malata e la propria famiglia, ai quali sono messi a disposizione tutti gli strumenti possibili per poter affrontare patologie degenerative, spesso mortali, presso il proprio domicilio, con l'ausilio di professionisti che personalizzano l'assistenza in base ai bisogni della persona assistita attraverso il Servizio ADI dell'ASL.

A Bergamo il Servizio ADI nasce nel 2003, quale nuova organizzazione che offre un'efficace alternativa all'ospedalizzazione, nel ri-



## 26 Assistenza domiciliare integrata: il parere della Presidente e del Consiglio Direttivo

spetto del principio della libertà di scelta dei cittadini.

Nel corso degli anni esso subisce numerose revisioni del sistema, per raggiungere, alla fine del 2006, un grado di efficienza elevato, sempre nel rispetto delle linee regionali.

Le valutazioni compiute in quel periodo facevano ritenere che il servizio avesse raggiunto un livello di "maturità" organizzativa tale da dover essere pubblicizzato il più possibile, al fine di fornire al maggior numero d'utenti le prestazioni previste: si avviava, così, la fase d'implementazione del numero d'utenti.

All'inizio del 2007, l'organizzazione dell'ADI si basa quindi sulla previsione di un aumento del numero di assistiti presi in carico, ma subito dopo pochi mesi si assiste ad un'inversione di rotta della Direzione Generale dell'ASL della Provincia di Bergamo, nella persona del Dott. Silvio Rocchi, motivata da un significativo sfioramento del budget, attribuito ad un errato utilizzo delle risorse.

Tale cambiamento di politica gestionale ha portato ad una sensibile diminuzione del numero di prestazioni rese all'utente, nonché alla necessità di far ricorso alla pratica dell'autosospensione degli enti accreditati, in danno dei cittadini, il tutto motivato da più o meno giustificate ragioni di tipo economico.

In pochi mesi pazienti affetti da malattie croniche o terminali si sono visti privati dell'assistenza di Infermieri o delle altre figure professionali che nel tempo avevano prestato la loro opera, fornendo prestazioni sanitarie basilari.

Nel contempo, attraverso la logica del budget, i soggetti accreditati, sono stati obbligati ad autosospendersi, il che ha determinato una situazione paradossale dove anziché disporsi lo spostamento di quote di budget dai soggetti accreditati che avevano in carico meno pazienti a quelli con maggiori necessità finanziarie dato l'elevato numero d'utenti da servire, si è preferito costringere i cittadini a cambiare

l'ente che li assisteva e che il paziente aveva in precedenza eletto a suo riferimento, in spregio proprio a quel principio di libertà di scelta, per il malato, della struttura assistenziale che costituisce il cardine delle direttive date dalla Regione Lombardia in tema di ADI.

Le azioni intraprese dall'ASL, hanno quindi portato ad un progressivo deterioramento del sistema, ingenerando grande sconcerto sia tra i cittadini che tra gli addetti ai lavori.

Com'è possibile che nell'attuale stato di liberalizzazione delle offerte, il cittadino che si ritrova in uno stato di malattia e i suoi familiari non possano scegliere a chi rivolgersi per la tutela del proprio stato di salute?

Perché gli Infermieri devono essere costretti ad assistere i propri pazienti in forma di volontariato per non abbandonarli a se stessi?

La Provincia di Bergamo risulta essere statisticamente una delle realtà con maggiore incidenza di malattie tumorali: come si può pensare che tale problematica venga affrontata con un'organizzazione inadeguata dell'ASL, quale ente preposto al monitoraggio e alla verifica dei sistemi?

Che futuro hanno le cure palliative per i malati tumorali e la relativa erogazione dei cosiddetti super voucher?

I sopra riferiti quesiti appaiono inquietanti e meritano delle risposte precise.

Ad oggi, a detta del Direttore Generale, il problema principale dell'ASL è la situazione di deficit economico in cui l'Azienda Sanitaria verrebbe e le uniche soluzioni adottate sono state la drastica riduzione del numero di accessi a domicilio, la conseguente riduzione della remunerazione dei soggetti accreditati operanti, la mancata possibilità, quindi, per il cittadino di poter scegliere da chi essere curato, nonché l'allontanamento di figure professionali fondamentali che hanno sempre operato presso l'ASL nel rispetto delle direttive emanate dall'ente e, soprattutto, della salute della persona.

## Assistenza domiciliare integrata: il parere della Presidente e del Consiglio Direttivo 27

Ma il fatto più eclatante è stato l'annullamento, da parte dell'ASL, dei patti di accreditamento, di durata annuale, stipulati con alcuni erogatori di prestazioni di ADI, operato verso la fine del mese di settembre 2007 e motivato dall'asserita mancanza di un requisito richiesto nel 2003 dalla regione Lombardia.

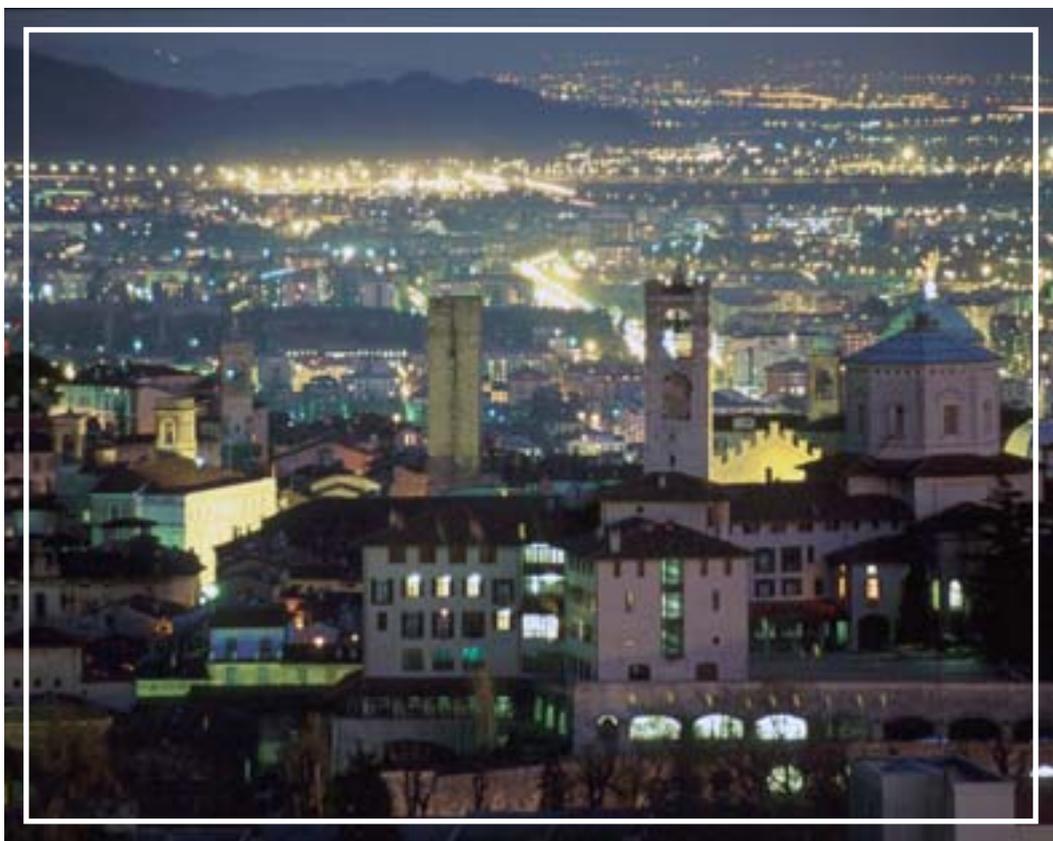
Peccato che l'ASL, all'epoca, era stata resa edotta, dai richiedenti l'accREDITAMENTO, dell'assenza di quel requisito - laddove riferito alla struttura in sé e non già al personale ivi operante, che, al contrario, era in possesso dello stesso - e deliberò di concedere una specifica deroga sul punto; peccato, ancora, che la stessa ASL abbia per ben due volte rinnovato i patti di accreditamento annuali; e

peccato, infine, che l'Azienda abbia deciso di annullare gli accreditamenti allorché il requisito in questione era già, in ogni caso, maturato in capo alle strutture.

Non ritengo utile approfondire le vere ragioni sottese a tali decisioni, che verranno sicuramente chiarite nelle sedi opportune, ma risulta fondamentale provvedere ad informare gli enti preposti per la tutela degli Infermieri rappresentati da questo Ordine Professionale, ed il cittadino, unico vero protagonista di una situazione ormai al limite.

Cordiali saluti

**La Presidente  
Collegio IPASVI di Bergamo  
Beatrice Mazzoleni**



## **EVENTI FORMATIVI** **primo semestre 2008 organizzati** **da FOCUSGroup per Collegio IPASVI Bergamo**

**27 FEBBRAIO:** "Alzheimer: la diagnosi, l'evoluzione, la gestione";

**18 MARZO:** "Intermediazione culturale";

**18 APRILE:** "Lo scompenso cardiaco (l'approccio multidisciplinare al paziente scompensato e la gestione infermieristica)";

**12 MAGGIO:** "Giornata monotematica Legislativa";

**28 MAGGIO:** "La gestione dell'emotività di fronte all'emergenza, all'urgenza e in situazioni gravi";

**13 GIUGNO:** "Il dialogo strategico: nuove tecniche e nuovi strumenti per comunicare efficacemente con il paziente, i familiari, i colleghi, i nostri capi".

**Segreteria organizzativa:** FOCUSgroup, via A. da Rosciate, 1 24124 Bergamo  
tel. 035 224072 - fax 035 232980  
[www.focusg.it](http://www.focusg.it) - [info@focusg.it](mailto:info@focusg.it).  
Sono previsti 130 partecipanti per ogni evento.

Sede dei corsi formativi: **Sala degli Angeli, Casa del Giovane**, via Gavazzeni, 13 - Bergamo.



Costo indicativo per gli iscritti al Collegio di Bergamo per ogni corso formativo: 40€ (di cui 10€ finanziati da Collegio IPASVI) per un totale di 30€ a partecipante.

### **CORSO DI INGLESE**

(con voucher della Regione Lombardia; per tale corso è stata inoltrata domanda di accreditamento ECM).

- Corso della durata di 30 ore tenuto da un docente di madrelingua;
- Programma del corso adattato al livello della classe:
- Termine corso previsto entro il 31 maggio 2008;
- Sede del corso: "CESCOT", via Galli (laterale di via S. Bernardino), Bergamo;
- Numero di partecipanti per ogni aula: 12 (aule illimitate);
- Secondo le direttive regionali, gli allievi che si iscrivono al corso dovranno frequentare almeno il 75% del "monte ore" di formazione previsto (su 30 ore almeno 22,5), in quanto, in caso contrario, la Regione non riconoscerà il valore di "cofinanziamento" per la frequenza, con conseguente perdita del finanziamento del corso intero;
- All'inizio del corso verrà fatto firmare un "documento di impegno" con il quale si stabilirà che gli allievi che non abbiano frequentato almeno il 75% del corso, saranno tenuti al pagamento dell'intera quota (allievi in tipologia A: 675€, Allievi in tipologia B: 600€).

### **Costi per ogni partecipante**

**TIPOLOGIA A** (costo 75€): lavoratori occupati presso datori di lavoro privati e pubblici localizzati in Lombardia e lavoratori residenti in Lombardia occupati presso datori di lavoro

## EVENTI FORMATIVI

primo semestre 2008 organizzati

da **FOCUSGroup** per **Collegio IPASVI Bergamo**

# 29

ro privati e pubblici anche fuori Regione:

- in Cassa Integrazione Guadagni Ordinaria e Straordinaria;
- con età superiore ai 45 anni (deve essere compiuto il 46° anno d'età);
- con contratti a tempo parziale, determinato o di collaborazione coordinata continuativa a progetto.

**TIPOLOGIA B** (costo 150 €): tutte le altre categorie di lavoratori con contratto di lavoro subordinato.

Al costo previsto ogni partecipante dovrà aggiungere 30€ di contributo per le spese di segreteria.



### CORSO D'INFORMATICA

Sempre attraverso la fruizione del "sistema di formazione regionale a scelta individuale-voucher 2007/2008", **l'Azienda Bergamasca Formazione** ha attivato una serie di corsi d'informatica di base ECDL livello start e livello Full per fornire la formazione necessaria a sostenere l'esame per il conseguimento della "**patente europea del computer ECDL**". Per informazioni più dettagliate potete consultare il sito web [www.abfbg.it](http://www.abfbg.it). La partecipazione a tali corsi non prevede il conseguimento dei crediti ECM.



30

## **Corso: gestione massiccio afflusso dei feriti in dipartimento d'emergenza conseguente ad atto terroristico**

### **Infermieri in Israele 2008**

#### **PREMESSA**

Caro collega,  
il periodo storico in cui attualmente viviamo è stato caratterizzato da una drammatica escalation di atti terroristici, primo tra tutti quello alle Twin Towers di New York, mantenuta con la successiva teoria di attentati: Bali, Jakarta, Istanbul, Mosca, Djerba, Casablanca, Madrid, Beslan, Taba, Sharm El Sheik, Londra, Dahab, Algeri e Glasgow, ci ha ormai portato a pensare e soprattutto vivere in modo differente, attraverso una nuova visione del mondo che ci circonda ed eliminando alcune "linee di demarcazione sicure".

Con questo documento, sono a presentarti un corso organizzato dal Collegio IPASVI della Provincia di Bergamo in collaborazione con il collega Inf. Angelo Agostini.

Il presente corso di Formazione Avanzato è indirizzato al Personale Infermieristico ope-

rante in Area Critica ed in particolare nei Dipartimenti d'Emergenza e/o Pronto Soccorso.

Tale progetto, presentato nel dettaglio nelle seguenti pagine, ha richiesto un notevole sforzo organizzativo e ha ottenuto l'approvazione del Ministero della Sanità Israeliano, con il patrocinio del Centro di Ricerca Traumatologico ed Epidemiologico Nazionale Israeliano, nell'ambito dello sviluppo di buone relazioni fra lo stato Italiano ed Israele.

Quanto proposto è la terza edizione del più completo Corso per Infermieri mai realizzato in questo specifico ambito e ricalca l'esperienza già vissuta da 15 Infermieri nel dicembre 2005 e nel gennaio 2007.

Si è voluto calare l'evento di un atto terroristico, apparentemente così lontano, nella vita reale degli operatori che risulterebbero essere tra i primi coinvolti in caso si verificasse un'emergenza di tale portata.

Il Corso è proposto ai Dipartimenti d'Emergenza delle maggiori Aziende ospedaliere della Regione Lombardia, e di tutta Italia, come primo passo per la distribuzione/condizione di Formazione/Informazione che risulta strategica nell'attuale scenario politico Nazionale-Internazionale.

Ciò ad integrazione degli Investimenti della Regione Lombardia e delle singole Aziende Ospedaliere nella Formazione del Personale Sanitario.

L'evento, della durata di undici giorni, si svolgerà nello stato di Israele, luogo che, a causa della ormai nota situazione politica, risulta essere coinvolto nel maggior numero di atti terroristici, e di conseguenza lo Stato con la maggiore e più profonda esperienza a li-



# Corso: gestione massiccio afflusso dei feriti in dipartimento d'emergenza conseguente ad atto terroristico **31**

vello Mondiale in materia di Risposta Sanitaria a tali eventi.

Oggetto del corso è **la gestione di un massiccio afflusso di feriti, nel dipartimento d'Emergenza, conseguente un Evento Terroristico e le Problematiche ad esso correlate.**

**Autore Progetto:** Inf. Angelo Agostini

**Organizzatore:** Inf. Angelo Agostini - Collegio IPASVI Provincia di Bergamo (Presidente Inf. Beatrice Mazzoleni)

**Interlocutore Organizzatori / Docenti / Autorità Israeliane:** Inf. Angelo Agostini - Inf. Beatrice Mazzoleni (Presidente Collegio IPASVI della Provincia di Bergamo)

**Organizzatore in Israele:** Kobi Peleg Director Trauma & Emergency Medicine Research Center Gertner Institute of Epidemiology & Health Policy Research

**Nelle scorse edizioni sono stati ottenuti i seguenti patrocini:**

**Patrocini italiani:**

- Collegio IPASVI Bergamo
- Coordinamento Regionale Collegi IPASVI della Regione Lombardia
- Provincia di Bergamo
- Federazione Nazionale Collegi IPASVI

**Patrocino - Collaborazione Israeliana:**

- Trauma & Emergency Medicine Research Center Gertner Institute of Epidemiology & Health Policy Research
- Sheba Medical Center Emergency Medicine Department
- Sheba Medical Center Trauma Unit
- Magen David Adom Sede nazionale (Corrispondente S.S.U.Em 118 Italiano)
- Israel Center for Medical Simulation

E' in fase di valutazione la richiesta al Ministero di accreditamento ECM.



**Per i corsi 2005 e 2007 il Ministero ha concesso rispettivamente 50 e 49 crediti ECM.**

**Obiettivo del Corso:** Fornire conoscenze specifiche e approfondite relative alla gestione nel Dipartimento d'Emergenza di un massiccio afflusso di feriti conseguenti un Evento Terroristico, sia dal punto di vista organizzativo, gestionale che operativo. Presentazione delle patologie prevalenti, integrazione e ruoli del personale operante e le problematiche correlate.

**Didattica:** La didattica prevede sei-sette ore di lezione da Domenica a Giovedì; i temi che saranno sviluppati comprendono:

- National Trauma System
- Principi relativi ai Trauma Center di 1° e 2° Livello
- Il lavoro del Trauma Team
- Definizioni e principi degli eventi di Massa
- La preparazione ad eventi terroristici Convenzionali, Chimico-Biologico
- La preparazione del Dipartimento d'Emergenza
- Dati epidemiologici relativi agli Eventi Terroristici

# 32 *Corso: gestione massiccio afflusso dei feriti in dipartimento d'emergenza conseguente ad atto terroristico*

- Il Registro Trauma
- Evacuazione Secondaria fra ospedali

## **Collegio IPASVI Bergamo: "infermieri in Israele 2008"**

- Il Triage nelle Mass Casualty
- Patologie correlate alle esplosioni
- Principi delle Mass Casualty applicati in Ospedali di 2° e 3° Livello
- Decision Making
- Funzioni dell'Infermiere in ambito di Massiccio Afflusso di feriti
- Il Trauma Coordinator Infermieristico
- Standard di trattamento per traumi cranici gravi
- La Sindrome da Shock Post Traumatico
- La ricerca relativa alle Mass Casualty
- Ottimizzazione del Soccorso d'Emergenza

Oltre a ciò saranno organizzati incontri con una rappresentanza di Infermieri Israeliani per uno scambio - dibattito relativo alle rispettive competenze.

Tali incontri avverranno nell'ambito di visite organizzate presso i centri maggiormente specializzati nei vari ambiti quali:

- Visita al Dip. D'Emergenza dello Sheba Medical Center (Maggiore Ospedale Israeliano)

- Visita al Magen David Adom Nazionale (corrispondente al S.S.U. Em118 Italiano)
- Visita ed esercitazioni presso il Centro di Simulazione Nazionale
- Visita al Centro di Riabilitazione Unità Spinale ed arti
- Visita al Trauma Center Regionale
- Visita al Centro grandi ustionati presso lo Sheba Medical Center

**Durata del Corso:** undici giorni

**Data del Corso: Primavera 2008.** Verranno rese note le date precise appena disponibili.

### **Requisiti:**

- Diploma/Laurea di Infermiere;
- Almeno 5 anni di esperienza in Dipartimento d'Emergenza - Pronto Soccorso, con consolidate conoscenze in ambito di patologie traumatiche;
- Saranno note di preferenza il superamento dei Corsi BLS-BLS-D-PBLS-PALS-ACLS-ATHLS o corrispondenti.

### **Viene richiesta Buona-Ottima conoscenza dell'Inglese**

**Iscrizioni:** è possibile inviare la richiesta di iscrizione compilando il curriculum vitae in formato europeo di seguito allegato. Ne conseguirà una selezione basata sui requisiti richiesti. Le iscrizioni vanno inviate alla segreteria del Collegio IPASVI della Provincia di Bergamo.

**Selezione:** La selezione avverrà ad opera del Collegio IPASVI Bergamo, con la collaborazione di esperti nel campo delle maxi emergenze.

**Costo:** Il Costo del corso per singolo partecipante è stimato approssimativamente in 1.200 Euro ed è comprensivo di

- Costo Docenze
- Lezioni Teorico-pratiche



# Corso: gestione massiccio afflusso dei feriti in dipartimento d'emergenza conseguente ad atto terroristico

33

- Visita ai centri di Ricerca - Ospedali - Centro di Simulazione Nazionale
- Spostamenti
- Soggiorno

Sono esclusi dal costo il volo aereo e le cene, che verranno organizzate al momento in base alle necessità dei partecipanti.

Il costo del Corso è estremamente e volutamente ridotto per facilitare/favorire la partecipazione anche a Infermieri non sponsorizzati dalle proprie Aziende Sanitarie.

**Posti:** N° 15 Infermieri + Accompagnatori (Collegio IPASVI Bergamo)

#### **Varie:**

- Prima della partenza i partecipanti saranno convocati presso il Collegio IPASVI di Bergamo per un incontro, della durata di un giorno, al fine di fornire informazioni utili rispetto al viaggio.
- Viene richiesto passaporto valido con scadenza non prima di 6 mesi dalla data di partenza, nessun precedente penale.

## IL PROGRAMMA

**QUI RIPORTATO FA RIFERIMENTO ALLE PRECEDENTI EDIZIONI E POTRA' SUBIRE VARIAZIONI.**

### **DOMENICA**

Partenza da Aeroporto Milano Malpensa  
Arrivo a Tel Aviv

### **LUNEDI'**

- 8.30 - 10.00 Cerimonia di Apertura con presentazione obiettivi del corso
- 10.00 - 11.00 "National Trauma System" Michaelson Moshe
- 11.00 - 12.00 "Teams work in shock room" Hymes Gila
- 12.00 - 13.00 Pausa Pranzo
- 13.00 - 13.45 "Trauma in children" Paret Gideon
- 13.45 - 15.00 "Types of expected injuries" Blumenfeld Amir
- 15.00 - 16.00 "National Simulation Center (and training)" Trauma simulation scenarios
- 16.00 - 17.00 Debriefing



# 34 *Corso: gestione massiccio afflusso dei feriti in dipartimento d'emergenza conseguente ad atto terroristico*

## **MARTEDI'**

- 8.30 - 10.00 "Introduction to MDA" Caspy Guy "Command & Control System" Dori Haim
- 10.15 - 11.00 "Preparedness to MCE" Caspy Guy
- 11.00 - 12.30 "Analysing Situation" Caspy Guy "Unconventional preparedness" Raplovsky Haim
- 12.30 - 13.30 Pausa Pranzo
- 13.30 Shift on ICU mobile / E.R. Sheba Medical Center

## **MERCOLEDI'**

- 08.30 - 10.00 "Mass Casualty Event: National Preparedness" Bruria Adini
- 10.15 - 11.00 "TA model of trauma coordinator in MCE" Deborah Hertz, Nava Yosefberg
- 11.15 - 12.30 "MCE principles and nurse roles" Deborah Hertz "Hospital preparedness" Ashkenazi Orly
- 12.30 - 13.30 Pausa pranzo
- 13.30 - 14.30 "MCE Triage: Principle of triage/ Simulation scenarios" Rick Jonathan
- 14.30 - 15.30 "MCE Triage scenarios" Hertz Deborah
- 15.30 - 17.00 "MCE Simulation Drill: Table Top" Simon Daniel

## **GIOVEDI'**

- 08.30 - 10.00 "Non conventional MCE: Biological /Chemical" Leiba Adi
- 10.15 - 11.15 "Personal experience of terror event" Lydia Laniado (film)
- 11.15 - 12.30 "Trauma registry and Epidemiology of Israeli MCE's" Peleg Kobi
- 12.30 - 13.30 Pausa Pranzo
- 13.30 - 15.00 "MCI: National Preparedness" Bruria
- 15.00 - 17.00 "Chemical Drill" (with suits and decontamination)

## **VENERDI' (libero)**

## **SABATO (libero)**

## **DOMENICA**

- 08.30 - 10.00 "MCI principles" Peleg Kobi
- 10.15 - 12.30 "Pre Hospital event" (Table Top) Peleg Kobi

## **LUNEDI'**

- 08.30 - 10.00 "MCE: Information Center, Social work, Film" Stenger Varda



# Corso: gestione massiccio afflusso dei feriti in dipartimento d'emergenza conseguente ad atto terroristico **35**

10.15 - 11.15 "Lesioni da Esplosione" Angelo Agostini  
 11.15 - 12.30 "Optimize - EMS" Peleg Kobi  
 12.30 - 13.30 Pausa Pranzo  
 13.30 - 15.00 "Visit Burn Unit" Haik Josepf, Barda Jacob  
 15.00 - 17.00 "Visit rehabilitation unit of spinal cord and limbs" Zeilig Gabriel

## **MARTEDI'**

8.30 - 10.00 "Films-disaster planning (respond plan, implementation) Deal with acute stress reaction" Gon Monica  
 10.15 - 11.15 "Key training strategies: drills/simulation - Israeli ezperience" Hertz Deborah, Klein Yoram  
 11.15 - 12.30 "ER roles in MCE Preparation for the drills" Rick Jonathan, Shachar Amir

12.30 - 13.30 Pausa pranzo  
 13.30 - 16.00 "MCE Drill" Bechor Abigail, Friedman Rebecca, Arnia Mary, Ashkenazi Orly, Hertz Deborah  
 16.00 - 17.00 "Debriefing"  
 17.00 Cerimonia di chiusura

## **MERCOLEDI' (libero)**

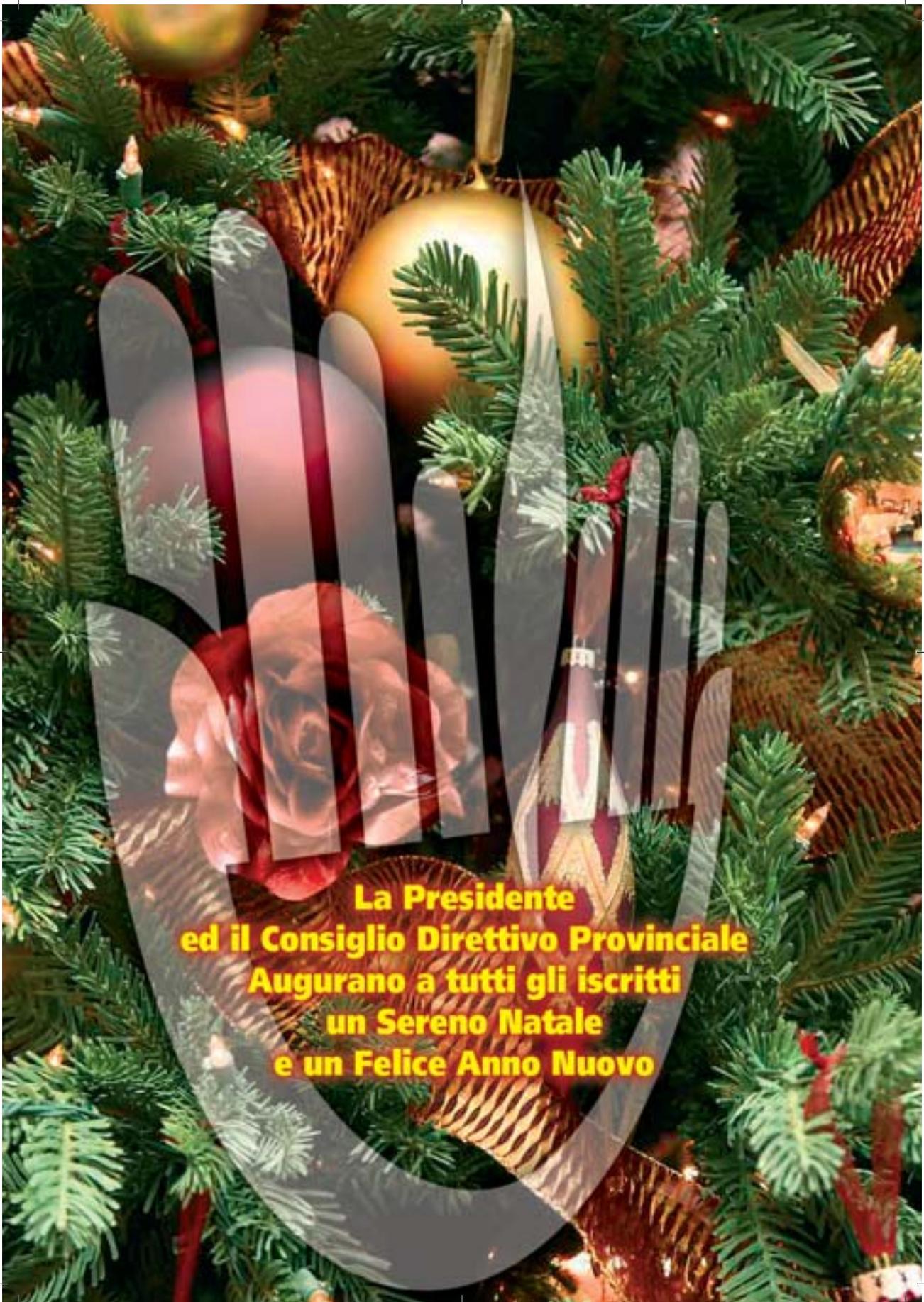
## **GIOVEDI'**

Rientro in Italia

**Le iscrizioni sono aperte dal 1 settembre 2007 fino al 31 gennaio 2008**

Per eventuali informazioni o iscrizioni al presente progetto contattare il Collegio IPASVI della Provincia di Bergamo al n. 035/217090, fax 035/236332, e-mail collegio@infermieri-bergamo.it





**La Presidente  
ed il Consiglio Direttivo Provinciale  
Augurano a tutti gli iscritti  
un Sereno Natale  
e un Felice Anno Nuovo**